

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — BICHAT - BEAUJON

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

81

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre Jullien

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 1^{er} octobre 1939, à Aurillac - 15

Présentée et soutenue publiquement le

1971

**LES CONDUITES SUICIDAIRES
AU COURS DU TROISIEME AGE**

Président : M. CAMBIER, Professeur

IMPRESSIONS C. L. J.
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1971

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — BICHAT - BEAUJON

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre Jullien

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 1^{er} octobre 1939, à Aurillac - 15

Présentée et soutenue publiquement le

197

LES CONDUITES SUICIDAIRES AU COURS DU TROISIÈME ÂGE

Président : M. CAMBIER, Professeur

IMPRESSIONS C. L. J.
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1971

UNIVERSITEIT DE LEIDEN
FACULTEIT DE WETENSCHAPPEN — RIJKESTAD — BRUNNEN

THESE

LE DOCTORAT EN MEDICINE

par

Th. J. van

de

de

de

18

de

LES COMUNITES INDICADRES
AU COUR DU
LEIDEN AGE



de

de

de

de

Je dédie ce travail :

au milieu médical qui compose mon entourage
familial

A MON PERE

Le Docteur Robert JULLIEN

A MA MERE

Le Docteur Caroline RIOM JULLIEN

A MON PARRAIN

Le Professeur André LEMARIEY

Meis et Amicis.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN CAMBIER
Professeur de Clinique Neurologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Beaujon

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, en
hommage de respectueuse gratitude.

A notre Maître

Melle LE PROFESSEUR AGREGÉ THERESE LEMPERIERE

Médecin de l'Hôpital Sainte Anne

dont nous avons été l'externe, qui
a bien voulu nous confier ce travail
et nous aider de ses conseils, en
témoignage de notre gratitude et de
notre respectueux attachement.

A notre Maître

MONSIEUR LE DOCTEUR DANIEL BOUTTIER

Médecin de l'Hôpital Paul Brousse

Certains éléments de ce travail ont
été élaborés lors de notre année
d'internat passée dans son service,
qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre reconnaissance
pour la cordialité de son accueil et
de son enseignement.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur Cl. OLIVIER
Monsieur le Professeur J.B. BOUVIER
Monsieur le Professeur Agrégé D. MAHOUDEAU
Monsieur le Professeur J. NICK
Monsieur le Professeur H. BRICAIRE
Monsieur le Professeur J. DELAY

A mes Maîtres d'Internat

Monsieur le Docteur Gabriel DESHAIES
Monsieur le Docteur Jean LAFON
Monsieur le Docteur Michel BRAESCO
Monsieur le Docteur Daniel BOUTTIER
Monsieur le Professeur Didier Jacques DUCHE
Monsieur le Professeur Pierre PICHOT
Mademoiselle le Professeur Agrégé Thérèse LEMPERIERE

En remerciement de tout ce qu'ils
m'auront appris.

Nous tenons également à remercier

Monsieur le Professeur BOURLIERE
et l'Association de Gérontologie Claude Bernard des documents
mis à notre disposition.

INTRODUCTION

Dans l'esprit populaire le secret de la longévité ne concerne que la jeunesse : qui se soucierait de conserver la vieillesse ? On n'imagine pas le Dr Faust avec les apparences d'un éternel centenaire. On veut rester jeune. On n'imagine pas la perspective d'être toujours certes, mais aussi définitivement vieux. A partir du moment où ils ne sont plus jeunes la société méconnaît ses ressortissants, ils sont retirés du circuit de la vie active et ne représentent qu'une charge inutile pour l'économie sociale; le mieux de leurs possibilités c'est encore de se faire oublier. Il en est ainsi du vieillard comme de certains malades chroniques : il dépend du temps.

Cette mise à distance survient brutalement à un âge variable et prend la signification d'une négation, certes passive pour le sujet considéré normal mais qui se révélera activement rejetante, voire coercitive, si tenté soit-il de sortir de son archétype social sous une forme qui est le plus souvent psychopathologique.

On voit souvent des familles amenant à l'hôpital psychiatrique, à la veille des vacances d'été, un vieillard, accusé à tort ou à raison de ne plus jouir de l'intégrité de ses facultés mentales et pour lequel ils ne pouvaient assumer la responsabilité d'une coexistence vacancière.

Comment refuser ? D'autant qu'ils promettent généralement de le reprendre à la fin de l'été. En fait ce placement temporaire est la plupart du temps définitif. Bienheureux soit-il si ses enfants acceptent ensuite de le prendre parfois en permission les fins de semaine. Encore faut-il voir là, le sort d'un sujet entouré. Pour celui qui reste seul, sans famille ou sans structure d'accueil, c'est au mieux le placement en hospice ou pour les plus favorisés en maison de retraite.

Rares sont ceux dont les ressources financières leur permettent de garder leur ancien mode de vie à un niveau social satisfaisant et indépendant.

Dans ces conditions, la conduite suicidaire ne fait qu'alimenter le souhait refoulé de l'inconscient collectif, ce qui explique peut être la rareté des publications consacrées à l'autothanasie des personnes âgées, en dehors des données statistiques qui apparaissent cependant éloquentes. Certes les études sur la vieillesse et le vieillissement ne manquent pas mais dans une perspective qui apparaît continuellement tournée non pas vers le sort des intéressés mais vers les générations suivantes i.e. celles qui n'ont pas encore eu le temps de vieillir, en leur faisant presque miroiter que les progrès scientifiques permettront de faire reculer au delà des horizons de l'âge, le fantôme de la décrépitude.

Quant aux troubles psychopathologiques des personnes âgées les diverses publications semblent révéler des états dépressifs

paraissant vivre en bonne intelligence avec les sujets qui en sont porteurs, comme si la symbiose vieillesse-dépression ne faisait que diminuer l'individu dans ses possibilités d'adaptation sociale et affective, sans qu'il y ait jamais passage à l'acte suicidaire, dans un raptus désespéré.

Cette conduite d'évitement social marque également l'insuffisance des structures d'accueil pour le bien-être des personnes âgées dont l'accroissement numérique brutal n'a fini par intéresser le législateur qu'au niveau de l'ampleur d'un phénomène démographique.

Quels sont ces vieillards que recouvre en bloc l'appellation pudique de 3ème âge ? Quelles sont leurs motivations suicidaires et quel remède préventif apporter à leurs pulsions de mort dans un cadre prophylactique élargi, c'est ce que ce travail se propose d'étudier.

Dans un premier temps seront envisagés les rapports respectifs du suicide et du vieillissement, en essayant de dégager une perspective phénoménologique de la signification d'une telle conduite au cours de l'âge avancé.

Puis dans un second chapitre sera abordé le problème sociodémographique du suicide chez les gens âgés, appuyé sur les statistiques des divers auteurs français et étrangers, ainsi que sur les facteurs écologiques qui en découlent.

Une troisième partie sera consacrée aux diverses modalités du suicide et à leur signification propre.

Deux chapitres feront ensuite l'objet de la distinction des conduites suicidaires respectivement au cours de la sénescence et au cours de la sénilité. En effet, pour les physiologistes (F. Bourlière) la sénilité n'est que l'aboutissement normal du processus physiologique de la sénescence, alors que les psychiatres avec Marchand tendent à séparer les deux termes, faisant de la sénescence l'infléchissement normal et continu de la chronologie vitale, renvoyant au registre pathologique le problème de la sénilité.

C'est ainsi que ce clivage, un peu artificiel certes mais commode pour la clarté de l'exposé, nous amènera à envisager dans le cadre de la sénescence, les suicides réactionnels à des causes exogènes ou émaillant le cours d'affections mentales préexistantes à l'âge critique, alors que seront décrits avec la sénilité les manifestations autolytiques contingentes des états psychoorganiques (Démences, Paralysie Générale, Parkinson) et des états dépressifs involutifs (mélancolie, états délirants séniles, névrose d'involution).

Enfin dans un dernier chapitre sera abordé le problème capital de la prévention individuelle du suicide et de l'assistance physique et morale aux personnes âgées, dans le cadre élargi des mesures d'hygiène sociale.

situe aux alentours de 8 millions soit 16 % de l'ensemble de la population, proportion qui n'est que le reflet de celle que l'on retrouve au niveau des services des hôpitaux psychiatriques où les vieillards représentent 18 % du nombre d'adultes hospitalisés. D'un impact péjoratif moins dévalorisant que le terme de vieillard, l'appellation de 3ème âge fait référence au seuil de déclin à partir duquel la courbe vitale s'infléchit vers le dernier tiers de son parcours. Mais les variations biologiques individuelles en ont au cours des époques différé la chronologie.

L'école hippocratique situait le début de l'échéance aux alentours de 56 ans; à l'heure actuelle le dernier acte du drame de la vie voit son lever de rideau repoussé chez l'homme à 65 ans, âge de la fatidique retraite qui marque une cassure sociale beaucoup plus qu'une étape déterminante du vieillissement physiologique.

C'est la perte du statut professionnel souvent péniblement acquis au cours d'efforts de jeunesse et qui a été souvent surinvesti jusqu'à l'élever à une partie constituante, essentielle du moi.

C'est le retrait imposé, ressenti comme une mise à l'écart et un abandon.

Chez la femme au contraire, la physiologie donne à l'âge critique où commence réellement le vieillissement un support organique : la suppression des règles en est l'émergence visible et marque la disparition de la fécondabilité. "La femme note Dublineau, termine son rôle de servante de l'espèce" et cet évènement brutal est souvent générateur de déséquilibre et de troubles mentaux favorables à l'éclosion du suicide.

Quant à la situation du couple, l'horizon n'offre guère d'aspects plus souriants : le temps des grands projets est terminé, la seule perspective à bâtir reste celle d'une retraite, qui peut au mieux se dérouler sous la forme d'une coexistence pacifique et tolérante, cimentée par des intérêts communs, quand elle ne devient pas une animosité vigilante, entretenue par des querelles quotidiennes, débouchant sur l'habitude et la résignation.

Comme l'écrit Eck : "Tout change avec la vieillesse : le caractère, la relation à autrui, le mode d'être avec, et aussi celui d'être seul".

L'aspect physique se modifie, les possibilités intellectuelles déclinent, le caractère se transforme et la personnalité s'invo-
lue, à tel point que certains ont vu dans ces transformations, une rétrogénèse du sujet âgé reproduisant l'ontogénèse de l'enfant. Poitrenaud, étudiant le déficit intellectuel lié à l'âge a constaté que les résultats des tests d'efficience diminuaient beaucoup plus vite après 60 ans que dans les 30 années précédentes, mais que l'accélération du déclin subissait de nettes variations individuelles en fonction du niveau intellectuel, et de ses investissements antérieurs. Certaines fonctions supérieures sont touchées plus précocement : ce sont la mémoire et l'attention qui conditionnent l'aptitude à apprendre, et ont pour corollaire l'impossibilité non seulement d'acquérir de nouvelles notions mais encore de conserver les données acquises, d'où un rétrécissement du champ de l'activité intellectuelle qui se limite de plus en plus aux domaines où son efficience est encore conservée. Parallèlement, on note une modification de certaines tendances affectives : de prudent le sujet devient méfiant, manifestant une appréhension anxieuse de l'avenir qui

est coloré de pessimisme pouvant aller jusqu'au désespoir. Il tend à se replier sur lui-même dans ce qu'il a de plus immédiat, dans une rigidité dogmatique sélectionnant ses intérêts en fonction des caprices de sa labilité émotionnelle. Il devient intransigeant dans des décisions qui ne se laissent plus influencer par le principe de réalité.

Il faut ajouter à cela le déclin des potentialités sexuelles, qui est souvent à l'origine de ce que l'on appelle "le coup de vieux", créant un climat psychologique douloureux, souvent aggravé chez la femme par une dyspareunie fonctionnelle ou organique et créant un sentiment d'inhibition et d'infériorité dans les deux sexes. Les bilans hormonaux sont modifiés ainsi que leur régulation d'encéphalique, 17 Cétos et 17 Hydroxystéroïdes sont physiologiquement abaissés. Le comportement libidinal régresse à un stade antérieur de son évolution et c'est alors la résignation au désengagement d'une hyposexualité ou la recherche de bénéfices secondaires visant à compenser cette infériorité. Le partenaire masculin surcompense dans la réussite sociale de l'âge tardif avec son cortège sécurisant d'hommages exprimés et de hochets décoratifs, visant à masquer les conflits et combler les frustrations.

Chez la femme, il se fait souvent un choix note J.A. Huet "parmi les éléments d'une triple option : la beauté, la charité et l'autorité, leur ouvrant tout un champ d'activités affectives qui leur permet d'élargir l'étendue de leur connaissance du monde".

Mais là aussi, il n'y a pas que des résignés et le désespoir affectif souvent majoré par l'extraordinaire sensibilité de leur psychisme aux circonstances extérieures, peut entraîner des

réactions inopinées de démission tragique qui dépassent le stade de l'installation dans une dépression définitive. Binet et Bourlière ont distingué trois degrés successifs dans l'involution thymique du psychisme sénescant : Un premier degré se situerait au niveau d'une simple expression émotionnelle anormale avec manifestations caractérielles vives et ne serait alors que le reflet d'une prise de conscience d'une déchéance incipiens.

A un stade ultérieur, les réactions émotives ne pourraient plus être contrôlées ni masquées, ce qui correspondrait aux premiers temps de soustraction de la vie active. Le troisième palier serait celui de l'état dépressif profond avec tendance au suicide aggravant considérablement le pronostic.

L'aspect physique extérieur se transformant offre en effet au sujet âgé une nouvelle image de soi qui est aux yeux des autres celle de la décrépitude.

Autrefois, la respectabilité était l'apanage du vieillard qui faisait figure aux yeux des descendants de sage conseiller investi d'expérience.

En fait, il représentait surtout dans l'esprit populaire un privilégié de la vie qui était parvenu à se conserver par on ne sait quel procédé mystérieux et sa parole avait le poids de celle du vainqueur ou tout au moins de celui qui avait réussi et l'écouter pouvait peut-être faire transmettre son secret.

Actuellement la magie est écartée, la vieillesse est devenue courante et par là même se dévalorise en se multipliant. Le vieillard a perdu son mystère et gagné le triste privilège d'être

devenu non seulement inutile en tant qu'individu, mais encombrant et gênant sur le plan collectif. Le monde actif des adultes le rejette à la responsabilité de la collectivité toute entière et porté par la vague démographique consacre son statut d'exclusion par une mise à la retraite de plus en plus anticipée, devant la menace de chômage des jeunes. Quant à ces derniers ils joignent dans la contestation l'image de l'aïeul avec celle du père en général. Récusé par le monde des autres, le sujet âgé n'est guère mieux accepté par le cercle familial de ses proches qui considèrent, avec une résignation mêlée d'agacement, l'expression des lacunes de son grand âge. L'attitude culturelle du milieu a démystifié son image en remplaçant la perspective souriante de l'espérance d'une longue vie par le spectre de la décrépitude et de la mort plus ou moins proche.

Sur le plan conjugal, la coexistence désormais constante des époux risque de voir se multiplier les occasions de friction et les motifs d'insatisfaction mutuelle. L'épouse doit inclure son compagnon dans son domaine jusqu'alors privilégié des petites décisions de la vie quotidienne, et l'homme privé de l'orgueil de son travail devient dépendant de sa femme, inversant des relations familiales dont l'organisation prend un aspect matriarcal. De plus, des ressources financières souvent insuffisantes rendent le couple dépendant des enfants avec lesquels là encore, la situation du père se trouve inversée : il dépend désormais de son fils devenu l'élément actif de l'existence. La cohabitation est souvent l'occasion du réveil de conflits anciens qui se développent avec une acuité d'autant plus grande que leur mode de vie antérieur s'est déroulé de manière radicalement différente.

Diminué donc sur le plan personnel, dévalorisé par la cellule familiale et désinséré de son ancien milieu social, il perd son rang de supériorité, aliène son indépendance à l'égard de sa femme, et devient plus ou moins soumis à ses enfants, tout en appréhendant des difficultés matérielles engendrées par la réduction de ses moyens financiers d'existence.

Il n'échappe pas à la conscience de cette dégradation et s'il ne trouve pas de possibilités d'adaptation en lui ou autour de lui dans une assistance familiale ou sociale, il est bien souvent acculé au suicide. Car même le médecin ne comprend souvent pas le désarroi et la dépression qui se font jour derrière le langage somatique d'une insomnie avec céphalées, de troubles digestifs, de précordialgies ou même d'une banale asthénie. On trouve normal qu'il soit triste, on passe peu de temps à l'écouter, on se résigne à ne rien pouvoir faire pour lui comme devant un fait irrémédiable et fatal ce qui ne fait qu'influencer négativement l'effort du sujet âgé à la recherche de son propre équilibre. Chez beaucoup de médecins, remarque Ch. Muller, on note "un refus inconscient du malade sénile comme si une confrontation avec la vieillesse à travers leur patient les gênait, empêchant la compréhension communicative en raison de tabous personnels chargés d'affectivité et déclenchant des mécanismes de refoulement massif".

Le vieillard apparaît donc au niveau de l'inconscient collectif comme l'être par définition dévolu à la mort, qui est ainsi déférée à une classe d'âge. Il se produit donc en même temps que le rejet de la mort un rejet de cette classe.

Quant au vieillard dit "psychiatrique", il est rejeté doublement, car à l'angoisse de la mort il ajoute pour les autres, la peur

de la maladie mentale. Accepté par les siens comme un être marginal et parfois folklorique on le tolère avec une certaine commisération tant que ses anomalies de comportement ne franchissent pas le seuil du cercle familial pour atteindre à la connaissance de l'ensemble de l'immeuble ou du quartier, car alors c'est tout l'entourage des proches qui se sent visé comme si chacun devenait suspect d'un comportement pathologique. Le recours à un placement souvent définitif en est la conséquence généralement rapide.

Le vécu de la personne âgée ne peut donc se dérouler que dans la déception sans cesse croissante car même si elle réussit à trouver un sens renouvelé à sa vie, sa signification n'existe que si elle est reconnue par les autres. L'aliénation douloureuse de la personne aux yeux d'une ambiance hostile mène naturellement à la non acceptation de soi-même et à l'anéantissement du suicide, engendré par une lassitude de vivre dans une condition physique et morale diminuée, désinvesti par la perte de ses objets d'intérêt habituel.

Avec Henri Ey, nous distinguerons :

- le raptus suicidaire, engendré par des troubles affectifs de tonalité anxio-dépressive,
- le suicide secondaire à l'organisation affective de la conscience morbide,
- et le suicide délirant, lié à un ensemble d'idées pathologiques à l'égard desquelles il constitue une réaction.

A ceux-ci il faut ajouter toutes les équivalences du désir de mort que représentent :

- le refus d'aliments allant de l'opposition anorexique passive à tout apport nutritif, jusqu'à la résistance active, obstinée, volontaire;
- et l'automutilation, ébauche symbolique d'une conduite mal ordonnée par la destructuration psychotique de la conscience.

Ainsi le suicide au cours des dernières décades de la vie apparaît-il comme la conséquence autant d'un état pathologique que d'un fait socioaffectif.

Ils montrent à l'évidence l'augmentation croissante du suicide avec l'âge passé le cap de la cinquantaine, avec une fréquence nettement plus marquée pour le sexe masculin dans laquelle Durkheim voyait déjà le reflet de la différenciation des rôles sociaux respectifs de l'homme et de la femme.

En 1969, les statistiques de l'O.M.S. révèlent également que la proportion suicidaire atteint actuellement son maximum chez le vieillard mais augmentant sensiblement moins avec l'âge chez les femmes que chez les hommes, ces derniers semblant avoir une bien moins souple adaptation au vieillissement.

L'enquête menée tend à montrer que cette proportion serait due à plusieurs facteurs :

outre une mauvaise santé physique et mentale,
l'isolement social ou la mort d'un être cher,
l'interruption du mode de vie habituel par l'arrêt de
l'activité professionnelle et la perte du rôle social,
surtout pour les hommes, lorsque la retraite s'associe
à une brutale diminution des revenus.

Chez les malades mentaux, la proportion de suicides se révèle encore plus élevée que dans le reste de la population, mais paradoxalement le nombre de suicides dans les hôpitaux psychiatriques où les vieillards prennent lentement la place des vieux schizophrènes a diminué dans certaines régions au régime hospitalier libéralisé.

Le trouble mental le plus souvent retrouvé est l'état dépressif, essentiellement dépression endogène et d'involution, 15 % de personnes souffrant d'état dépressif risquent de mourir par suicide. Plusieurs auteurs ont souligné l'augmentation considé-

nable du suicide chez les sujets de plus de quarante ans atteints de psychose maniaquépressive, dans des proportions nettement plus élevées chez l'homme que chez la femme.

On relève également les psychoses séniles ou artérioscléreuses et enfin la schizophrénie, mais aux Etats-Unis ce concept est appliqué à un éventail nosographique très large.

Certains voient dans ces rapports unissant suicide et maladie mentale un même ordre de cause à leur origine commune (sociale, psychologique ou biologique) qui conduirait certains au suicide, d'autres à la maladie mentale ou même aux deux conjugués.

En France, Gorceix et Zimbacca, dans une étude portant sur les suicidants admis à l'hôpital Fernand-Widal, soulignent les difficultés anamnestiques que présente la détermination étiologique du suicide des sujets âgés, la sénilité ou la cause naturelle indéterminée étant dix fois plus souvent invoquée que le suicide: "la découverte d'un asphyxié âgé porte à des discussions entre les tenants du désespoir qui optent pour l'autodestruction délibérée et les tenants de la cause accidentelle qui plaident la fréquence des épisodes confusionnels chez le vieillard". Gallot et Soubrier reprenant les dossiers de 1754 malades admis à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt entre mai 1964 et novembre de la même année n'ont relevé que 59 suicidants, dont un seul avait dépassé la soixantaine et Soubrier conclut que le recrutement de l'Infirmerie est fait essentiellement de malades mentaux voués à l'internement et chez lesquels le suicide est rare, alors qu'à Fernand-Widal le suicide ne s'inscrit pas dans un contexte psychiatrique, argument qui jouerait en faveur d'une prépondérance du suicide de situation sur le suicide pathologique chez le vieillard.

Il rejoint sur ce point une étude de Blanc et Bourgeois faite à Bordeaux dans le service du Pr. Delmas-Marsalet qui situe le maximum de suicides dans l'intervalle 50-70 ans chez des sujets présentant relativement peu de manifestations mentales caractérisées. Dans la proportion des 3/4 la conduite suicidaire serait sous-tendue par une situation affective vécue comme intolérable.

L'Institut médical de Bordeaux entre le 1er janvier 1958 et le 31 décembre 1963 a recueilli 89 cadavres de suicidés et Devillé, les répartissant statistiquement par tranches d'âge, constate que 54,53 % des suicides masculins se situent entre 40 et 70 ans et 56 % des suicides féminins ont eu lieu entre 40 et 60 ans. Ce qui tend à prouver encore que la femme se suicide à un âge moins avancé que l'homme. Mme Moinet dans sa thèse révèle que le tiers des suicides se rencontre chez les sujets de plus de 60 ans et que la femme reste protégée plus que l'homme par son tempérament impulsif qui rend inefficace de nombreuses tentatives. Après 55 ans, la femme se suicide dans la proportion de 20 pour 100.000, l'homme dans le rapport de 70 pour 100.000. Donc pour 100 suicidées il y a 358 suicidés. Les statistiques du Département de la Seine pour la période 1949-1958 sont éloquentes à ce sujet.

Plus du tiers des suicides survient après 60 ans. Le nombre de suicides dans les âges antérieurs étant inférieur au chiffre de

- 200 pour les hommes
- 100 pour les femmes.

Melle Quidu, reprenant dans un ouvrage récent les dossiers de malades admis à l'Hôpital Psychiatrique d'Auxerre pendant l'année 1968, a relevé 27 cas de suicides dont 2 ayant abouti à la mort

Ages	PARIS		BANLIEUE		TOTAL	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Age antérieur					200	100
40-45	221	113	170	64	391	177
50-54	278	147	175	130	553	277
55-60	292	125	247	85	539	230
60-65	212	151	179	103	391	254
65-70	162	127	154	101	316	228
70-75	104	71	132	63	236	134
75-80	96	49	106	67	212	116
+ de 80	75	50	85	41	160	91

parmi la population âgée de plus de 55 ans. Le recrutement étant surtout rural il nous est apparu intéressant de noter certains points de ses conclusions.

D'une part les moyens employés semblaient avoir été répertoriés en fonction de leur efficacité radicale, l'intoxication médicamenteuse n'est que rarement retrouvée comme moyen, bien qu'évoluant sur un terrain fragilisé par les maladies de l'âge.

Les autres procédés sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Moyens	Hommes	Femmes
Intoxication médicamenteuse	4	8
Intoxication au gaz	-	1
Phlébotomie	2	1
Pendaison	1	-
Noyade	1	2
Défenestration	-	1
Egorgement	2	-

Dans l'ensemble, le suicide paraît être la conséquence de difficultés nouvellement apparues.

Parmi les hommes, 9 sur 13 étaient depuis peu invalides ou retraités; ce qui souligne encore l'importance du rôle professionnel dans l'équilibre mental masculin.

Chez les femmes, par contre 7 sur 13 n'ont jamais exercé de profession, 5 ont encore une activité et 2 seulement sont retraitées, ce qui tendrait à infirmer chez elles, l'importance moindre d'une activité professionnelle pour leur santé mentale.

En fait, sur les 27 sujets étudiés, 7 seulement ont plus de 65 ans, ce qui pour l'auteur est un argument nettement en faveur de la rareté du suicide chez le vieillard en milieu rural, peut être faut-il en voir la cause dans son intégration familiale plus étroite, et plus sécurisante sur le plan affectif.

A noter également la fréquence des récidives suicidaires et par contre la rareté d'antécédents identiques chez ces sujets qui font souvent leur première tentative au cours du 3ème âge de leur vie, ce qui les différencie radicalement des sujets de la tranche d'âge précédente et des adolescents.

Fully et Hyvert étudiant la pathologie mentale en milieu carcéral, remarquent une propension suicidaire relativement plus grande des détenus passée la quarantaine, se répartissant comme suit :

Sur une population de 170 :

35 ont entre 40 et 50 ans, soit 20,5 % du total,

23 ont entre 50 et 60 ans, soit 13,5 %,

6 ont plus de 60 ans, soit 3,5 %.

Les moyens utilisés en milieu pénitentiaire se révèlent être avant tout la pendaison ou la strangulation, utilisant draps, ficelles, chiffons, lacets, foulards et s'aidant de tous les points d'appui possibles : étagères, montant de lit, chauffage central; vient ensuite la précipitation dans le vide et enfin, les plaies volontaires.

Fait anecdotique, les monuments de Paris revendiquent le chiffre de 404 suicides effectués depuis les Tours de Notre-Dame, l'Arc de Triomphe, la Tour Eiffel, le Pont des Buttes Chaumont et la

Colonne de juillet, le record étant détenu en 1963 par la Tour Eiffel avec 339 suicidés, dont 56 depuis 1944 se répartissant comme suit dans la classe d'âge qui nous intéresse :

8 avaient entre 40 et 50 ans,

14 avaient entre 50 et 60 ans,

enfin 10 avaient dépassé la soixantaine (chiffres communiqués par le Commissariat Principal du Gros Caillou).

Les décès consécutifs aux tentatives d'autolyse varient non seulement en fonction de l'âge mais aussi du sexe des sujets.

Il nous est apparu intéressant de confronter les données de deux thèses d'auteurs lyonnais :

- Celle de J.A. Ruet, élaborée à partir de 125 dossiers de suicides réussis, ayant fait l'objet d'une enquête judiciaire et communiqués par le Parquet de Lyon, englobant une période de deux années : du 5 janvier 1964 au 25 décembre 1965;
- Celle d'autre part de Védrinne, portant sur 1.000 cas de tentatives d'intoxication aiguë volontaire, observés à la clinique toxicologique de l'Hôpital Edouard Herriot sur une égale période de deux ans : du 1er mars 1961 au 15 mai 1963.

des proportions 4 fois supérieures à la femme dans la tranche d'âge 50-60 ans, et conserve une avance plus de deux fois supérieure dans les deux dizaines suivantes. Ce n'est que dans la 8ème décennie que les rapports s'inversent, et encore faut-il peut-être n'y voir qu'une conséquence de la moindre longévité naturelle du sexe masculin.

La conduite suicidaire limite donc bien le 3ème âge dans les données que nous avons précisées au chapitre précédent, âge critique de la ménopause pour la femme qui est plus que "le simple tombé de rideau physiologique" dont parle Deshaies, âge critique de l'entrée dans une fatidique retraite pour l'homme.

Qu'en est-il au niveau des tentatives ?

Les chiffres de Védérinne sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Sur 1.000 tentatives d'intoxication, 26 ont abouti à l'exitus dont 18 chez des sujets de plus de 40 ans, ce qui confirme la prépondérance de la réussite dans la 2ème moitié de la vie.

Age	Hommes	Femmes
- 15	2	12
15-20	35	131
20-30	86	243
30-40	54	164
40-50	38	91
50-60	29	46
60-70	14	34
70-80	5	10
+ 80	2	5

Il est extrêmement curieux de remarquer combien les rapports sont inversés par rapport aux données précédentes. Notons d'une part la précocité extraordinaire de la tentative chez la fille par rapport au garçon : six fois supérieure dans les quinze premières années, le restant près de quatre fois entre 15 et 20 ans, demeurant trois fois plus grande jusqu'à la quarantaine et approchant du double à la cinquantaine. La proportion reste une fois et demie seulement supérieure entre 50 et 60 ans, pour de nouveau s'en écarter de plus du double jusqu'aux limites extrêmes de la vie.

AGE	SUICIDES		TENTATIVES		Suicides	Tentatives
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
-15	0	0	2	12	$H = F$	$F > H$
15-20	3	2	35	131	$H \neq F$	$F > H$
20-30	2	3	86	243	$H \neq F$	$F > H$
30-40	7	6	54	164	$H \neq F$	$F > H$
40-50	1	10	38	91	$H < F$	$F > H$
50-60	22	6	29	46	$H > F$	$F \geq H$
60-70	28	13	14	34	$H > F$	$F > H$
70-80	10	4	5	10	$H > F$	$F > H$
80 et +	2	5	2	5	$H < F$	$F > H$

Quand on compare les deux tableaux on s'aperçoit qu'il existe un balancement suivant l'âge et le sexe entre la tentative et le suicide.

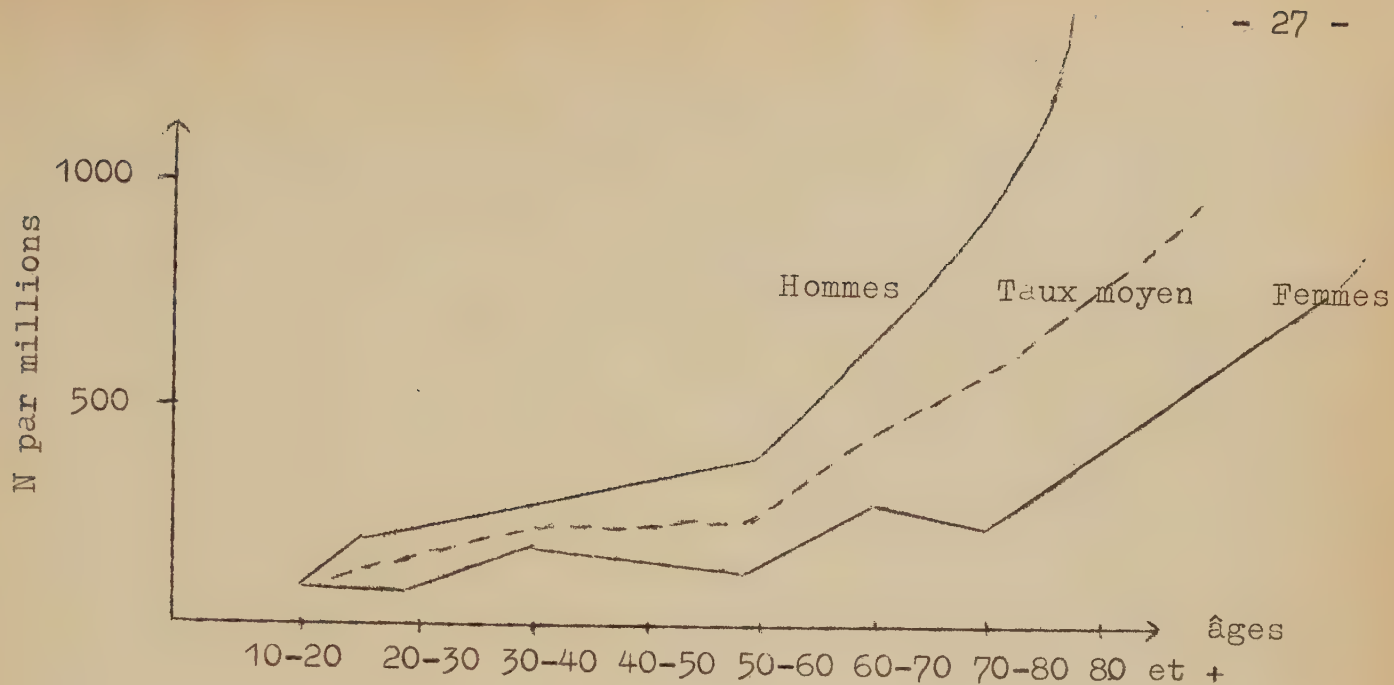
La femme garde la suprématie dans le domaine de la tentative jusqu'à un âge très avancé où par un curieux hasard les deux tableaux affichent le même nombre. On peut noter également qu'entre 40 et 50 ans, tentatives et suicides chez la femme atteignent tous deux un chiffre supérieur à celui rencontré chez l'homme d'âge égal.

Chez ce dernier par contre la proportion des tentatives reste toujours, quelque soit l'âge, à un niveau très inférieur au chiffre féminin, alors que le suicide réussi lui est supérieur de plus du double.

Tout semble donc se dérouler statistiquement de façon inverse pour les individus des deux sexes : le 3ème âge semblant être pour l'un une période de calme et de résignation, pour l'autre un temps d'inquiétude et d'angoisse dont l'adaptation n'arrive pas à se faire.

Ces relevés rejoignent les constatations de Gorceix et Zimbacca, qui sur 869 cas de suicide relevés en 1962 dans le département de la Seine, ont trouvé 585 hommes pour 284 femmes qui s'inscrivent suivant l'âge et la fréquence sur le profil paramétrique suivant.

On peut constater au vu de ce graphique que les trois courbes croissent d'abord lentement, puis plus rapidement au delà de la trentaine pour s'accélérer dès la soixantaine pour l'homme, mais guère avant 70 ans pour la femme.



L'accroissement de la longévité a créé toute une fraction chronologique peu connue de l'activité mentale si bien que la gérontopsychiatrie, par un curieux paradoxe, apparaît à l'aurore de sa connaissance tout au moins sous nos climats, car dans les pays Anglo-saxons, le mouvement semble beaucoup plus développé. Batchelor d'Edimburgh souligne l'extrême fréquence dans l'âge avancé des tentatives graves utilisant des moyens radicaux de suppression, ce qui entraîne une prédominance très nette du suicide réussi sur la tentative inachevée. Or confondue autrefois avec le seul chapitre nosographique des démences, la psychopathologie gériatrique se dégage actuellement de cette tendance. C'est ainsi que Batchelor et Nappier, étudiant 200 personnes âgées ayant tenté de suicider ne remarquent de signes de démences que chez 10 % d'entre elles. De même Sainsbury ne retrouve dans sa statistique que 15 à 20 % de cas détériorés sans même que l'on puisse parler de démence véritable et par contre 50 à 60 % d'états dépressifs où l'origine endogène est nettement minoritaire.

Dans une étude faite à Los Angeles en 1957 sur les écrits laissés par 619 suicidaires avant l'accomplissement de leur geste Schneidman et Farberow ont d'autre part montré que le désir de tuer diminuait en vieillissant en opposition à la volonté de mourir qui, elle s'affirmait de plus en plus. Ils ont même remarqué que les individus de classe sociale élevée avaient tendance à mettre en avant leur lassitude de vivre alors que, dans les milieux économiquement moins favorisés, étaient mises en avant les infirmités physiques et l'impossibilité de subsister avec des moyens décents. Les sujets ayant dépassé 60 ans apparaîtraient beaucoup plus sensibilisés au problème de l'au delà et laisseraient plus volontiers des consignes concernant notamment l'administration de leurs intérêts après leur mort. En fait, le trop petit nombre de personnes laissant des écrits post mortem ne permet pas une extrapolation générale à l'ensemble de la population et ne peut donner qu'une indication très partielle sur un groupe sporadique.

Les auteurs suisses se sont particulièrement intéressés au problème du vieillissement et de son impact psychologique dépressif.

C'est ainsi que Ch. Muller étudiant en 1957 la proportion de suicides dans 5 grands pays européens par référence au chiffre de 100.000 habitants, rapporte les résultats ci-dessous :

	HOMMES		FEMMES	
	45 - 65	65 et +	45 - 65	65 et +
France	49,2	71	13,9	18,4
Pays-Bas	15,5	32,3	10,5	15
Suède	52,3	57,3	14,7	12,5
Grande Bretagne	25,7	43,5	16,7	17,4
Allemagne de l'Ouest	45,9	51,1	21,9	22,5

On peut constater, que partout le suicide masculin l'emporte, souvent de plus du double, sur l'équivalent chez la femme, mais l'écart est surtout marqué après 65 ans.

La France vient en tête en ce qui concerne ses ressortissants mâles suivie de près par la Suède, puis l'Allemagne de l'Ouest, nettement plus loin l'Angleterre et enfin les Pays-Bas.

Partout on constate un saut entre la génération septuagénaire et la précédente, notamment aux Pays-Bas.

En ce qui concerne la femme, les chiffres sont plus uniformes; avec cependant une légère prédominance des suicides une fois passé le cap de la soixantaine sauf en ce qui concerne la Suède où les rapports sont légèrement inversés. En fait, pour ce pays, tant pour l'homme que pour la femme, les chiffres cités ne montrent guère de différences entre les générations comme si les problèmes du vieillissement n'avaient que peu d'impact sur l'impulsion autolytique.

P.B. Schneider a fait une importante étude sur les décès par suicide en fonction de l'intégration matrimoniale, d'une part pendant la période 1935-1940 et d'autre part dans les années après guerre, 1948-1950.

1935 - 1940

AGES	HOMMES				FEMMES			
	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé	Célibataire	Marié	Veuf	Divorcé
- 14	17				2			
15-20	147				50	1		
20-30	703	92	4	5	150	46	1	3
30-40	365	370	23	29	96	150	13	12
40-50	188	487	46	42	85	179	29	19
50-60	190	649	91	66	64	152	53	18
60-70	145	473	195	35	41	76	89	9
70-80	56	144	170	18	20	26	51	6
+ 80	9	20	39	3	4	1	11	

1948 - 1950

- 14	6				1			
15-20	68				29	1		
20-30	231	45		5	77	35	1	2
30-40	143	145	10	14	48	75	3	8
40-50	136	266	19	37	60	113	22	11
50-60	120	322	55	39	49	105	38	9
60-70	70	225	92	25	20	53	33	6
70-80	32	91	96	9	9	12	34	5
80 et +	4	13	41	1	4	1	13	2

Là encore les suicides accomplis prédominent sur les tentatives manquées et les auteurs notent qu'une faible minorité rentre dans le cadre d'affections mentales caractérisées, par rapport à l'importance des problèmes propres à la vieillesse qui se posent en termes de conflits et font réagir les individus par une conduite suicidaire qui s'exprime alors souvent pour la première fois. Par contre Batchelor et Nappier ont noté dans 70 % des cas la présence d'anomalies de la personnalité, qu'ils classent dans la catégorie sensitif ou schizotique et qui auraient brutalement franchi le cap de la décompensation à l'étape de la vieillesse.

D'après les données recueillies par le Pr. Lempérière, 30 % des suicidés en France ont plus de 60 ans; la proportion des suicides masculins pour 100.000 habitants passe de 41 pour le groupe d'âge 45-50 à 56 pour la période 55-70 ans, enfin elle est de 82,6 pour la catégorie des 75-80 ans.

La courbe des suicides féminins suivrait la même progression croissante à un niveau inférieur mais seulement jusqu'aux alentours de 65 ans, date à laquelle s'amorcerait une régression.

Ces données rejoignent celles de P.R. Bize qui, dans son récent ouvrage consacré au 3ème âge, définit, rapporté à une population de 100.000 habitants un taux de suicide de 49,2 pour l'homme entre 45 et 64 ans, alors qu'il devient de 71,6 pour ceux de 65 ans et plus. Dans le même temps la proportion féminine varie de 13,9 pour l'écart 45-64 ans à 18,4 pour celles de 65 ans et plus.

Giompi et Lai dans une étude récente, reprenant la catamnèse de 551 anciens patients dépressifs ont retrouvé dans la vieillesse une espérance de vie diminuée de l'ordre de 10 % chez l'homme

et de 8 % chez la femme due en majorité à l'incidence autolytique de l'âge involutif entre 50 et 69 ans.

Contrairement aux études habituelles qui s'intéressent essentiellement aux dépressions tardives, débutant surtout en période involutive, les auteurs considèrent l'évolution jusqu'à la fin de leur vie de personnes ayant commencé à présenter des troubles thymiques dépressifs antérieurement à leur entrée dans le 3ème âge.

Sur 551 patients répertoriés comme dépressifs, 127 - soit 22,5 % - d'entre eux (37 hommes et 90 femmes) ont été soumis à une catamnèse attentive.

Parmi les autres 373 étaient décédés et pour 307 d'entre eux la cause de leur mort a pu être connue de façon précise. 44 se sont suicidés, soit 14,3 %. Le suicide représente avec ce chiffre, la seconde cause de mortalité par ordre d'importance, la première place revenant aux affections cardiovasculaires avec 68 cas.

Ce pourcentage de suicide apparaît d'autant plus important qu'il n'occupe que le 11ème rang dans l'échelle étiologique léthale de l'ensemble de la population suisse.

Comme dans toutes les autres statistiques déjà citées, les suicides sont plus fréquents chez les hommes (10,6 %) que chez les femmes (6,6 %).

Ces 44 suicidés englobent tout l'éventail nosologique des états dépressifs. Paradoxalement ce n'est pas la maniaco-dépressive qui fournit le plus fort pourcentage de décès, mais bien les dépressions psychogènes, ce qui tend bien à prouver que les dépres-

sions névrotiques et réactionnelles présentent chez le vieillard le potentiel suicidaire le plus marqué.

	Nombre de cas	Nombre de suicides	%
Dépressions psychogènes	62	9	14,5
Dépression mélancolique endogène	261	25	9,6
Dépression involutive	41	3	7,3
Dépression organique	30	1	3,3
Dépression schizophrénique	48	1	2
Etat dépressif non	103	5	4,9

Remarquons d'autre part la différence de pourcentage existant entre le suicide au cours des états dépressifs psychogènes et celui émaillant le cours des états dissociatifs.

En ce qui concerne l'âge, les auteurs ont remarqué que 75 % des suicides survenaient entre 50 et 70 ans, un peu plus tôt chez les hommes que chez les femmes.

Age	Hommes	Femmes	Total
20-30			0
30-40	2		2
40-50	3	2	5
50-60	7	10	17
60-70	5	11	16
70-80	2	2	4

Sur un plan plus spécifiquement psychiatrique, Gardner et Collab. étudiant 180 suicidants âgés n'a trouvé de signes psychotiques de la série dissociative que dans 17 cas.

Mais c'est au chapitre des états dépressifs que Sainsbury retrouve la genèse de plus de la moitié des actes suicidaires de personnes âgées ayant à l'origine des troubles psychiques antérieurs l'isolement, les affections physiques de toutes sortes, le contexte psychoaffectif dans lequel s'inscrit la personnalité.

Une enquête de Mayer Gross révèle qu'en Angleterre la plus forte proportion de suicides se situe entre 45 et 65 ans pour les femmes, nettement après 65 ans pour les hommes.

Age	Hommes	Femmes
20-30	38	14
30-45	72	40
45-60	129	100
60 et +	166	114
Total	408	270

Suicides selon l'Age dans le Conté de Lancashire pour 1961

Si l'on compare le taux de suicide par 100.000 habitants pour la tranche d'âge qui nous intéresse, d'une part pour la période 1900-1910 et d'autre part 1960-1961, il se répartit comme suit :

Age	1900-1905		1905-1910		1960		1961	
	H	F	H	F	H	F	H	F
55-65	44,6	10,7	44,6	11,1	24,7	16,2	23,8	17,4
65 et +	49,2	8,1	45,8	7,3	34,7	16	34,9	16,8

On constate une diminution proportionnelle relative du suicide masculin dans les années 60 par rapport à ce qu'il était au début du siècle, tandis que chez la femme, la proportion a doublé. Le sixième de celle de l'homme en 1900 elle est devenue sensiblement plus de la moitié soixante ans plus tard.

69 % des sujets avaient été hospitalisés pour la première fois à l'âge climatero involutif. Le risque suicidaire suit dans ces cas la courbe d'intensité des états dépressifs qui tendent à s'améliorer après 65 ans, âge à partir duquel environ un tiers des cas ne présentent plus aucune rechute, un tiers voit les accès diminuer de fréquence et d'intensité, enfin seul le dernier tiers offre une aggravation. Et les auteurs de conclure à "l'effet stabilisateur de la sénescence sur la symptomatologie dépressive de l'âge avancé", qui, même lorsqu'elle persiste "perds sa sthénicité et se déplace du plan idéo-affectif au plan somatique (hypocondriaque)".

L'augmentation du suicide avec l'âge est donc une constante statistique des pays européens.

Le Japon et la Chine qui font exception à cette règle doivent peut-être y voir une conséquence de la place privilégiée du vieillard dans ces pays. De même dans les Etats Africains, où la rareté d'une telle conduite tient aux techniques éducatives qu'on y rencontre. Le sujet occupe généralement une position élevée dans une famille au sein de laquelle existe un lien corporel étroit entre ses divers membres. L'absence de frustration précoce des jeunes adapte progressivement leurs réponses et apaise les tensions à l'origine des conflits. La société africaine est fondée sur des liens ancestraux de parenté englobant l'individu âgé non seulement dans un tout communautaire, mais en lui réservant une place de choix car il est le détenteur de l'expérience transmissible donc de la sagesse. Ceci est du en grande partie, de l'avis des sociologues, à la place restreinte occupée par le prolongement des êtres, qu'offre la technique. Celle-ci n'arrive donc pas à séparer les êtres les uns des autres ni même ces êtres des choses qu'ils ne parviennent à dominer que si leur est transmis un certain potentiel d'expérience. Ainsi le vieillard n'est pas vécu dans un effort de dépassement, les conduites à son égard apparaissent donc dénuées de toute agressivité, et même si celle-ci parvient à s'exprimer elle le fait à l'intérieur de rites intégrés et codifiés ne mettant pas en péril la cohésion du groupe. Le resserrement des liens affectifs dans le cadre d'une discipline patriarcale apparaît donc ici comme le meilleur antidote de la mort volontaire du sujet âgé. Sous nos climats l'incidence familiale n'est pas non plus négligeable. Le suicide du vieillard est plus fréquent chez les veufs et les divorcés ou les célibataires que chez les couples mariés en possession d'une descendance. Parmi

les raisons tendant à expliquer cet état le fait est invoqué le truchement des préoccupations et des responsabilités à l'égard de cette descendance, voire même du déshonneur qui pèserait sur enfants et petits enfants.

L'incidence des affections organiques et des infirmités souvent propres à la vieillesse est également à considérer, sous un double aspect :

l'aspect primaire immédiat du suicide causé directement par des douleurs insupportables et rebelles à toute thérapeutique auquel on peut juxtaposer la même conduite engendrée par la connaissance du caractère irréversible et incurable d'une affection léthale : tumeurs bronchopulmonaires, cancers de la vessie, du pancréas avec crises solaires, métastases cérébrales, voire signes rebelles post zostériennes du territoire ophtalmique.

L'appareil psychique homologue cette douleur dans son expérience passée et en projette sur l'avenir l'ombre inquiétante. L'aspect secondaire est celui du suicide découlant des conditions affectives, matérielles et sociales, conséquences indirectes de la maladie ou de l'invalidité rendant le sujet déprécié à ses propres yeux, à charge des autres ou abandonné par ces derniers : sclérose en plaques, grabataire au dernier stade réalisant le caractère définitif de sa condition, poliomyélitique handicapé de façon majeure et isolé, congénital rejeté par son entourage dont le traitement lui fait à la fois prendre conscience de sa déchéance par l'amélioration obtenue et lui rend impossible toute activité suivie un peu élaborée par la baisse de vigilance qu'il entraîne. On rejoint ici l'ambiguïté de la thérapeutique des malades mentaux, qui à la faveur de l'amélioration obtenue leur fait prendre conscience de la distance séparant à jamais leurs possibilités de l'idéal du moi considéré socialement comme normatif. C'est le Schizophrène paranoïde dont la production déli-

rante a été abrasée par la chimiothérapie et qui faute de pouvoir s'exprimer sur le mode fantasmatique devient dépressif et se suicide. C'est encore la grande névrose obsessionnelle, où le sujet las d'une lutte anxieuse encore accentuée par l'âge, contre la compulsion d'actes ou d'idées inadéquates, ne trouve d'ultime refuge que dans la mort volontaire. Plus que les affections organiques majeures qui frappent l'individu dans sa totalité, les infirmités sensorielles, pouvant certes s'associer, mais atteignant en règle un secteur précis et limité du mode relationnel avec le monde extérieur apparaîtraient plus suicidogènes : Surdité et surtout Cécité.

Roy Fitzgerald, dans les Archives Gen. of Psychiatry de Chicago 1970, a fait une étude portant sur 66 personnes d'âge moyen 55 ans et dont la cécité avait été attestée par un ophtalmologiste. De ses constatations il ressort que le comportement initial des patients face à leur infirmité est fait, dans un premier temps, de refus ou tout au moins de négation partielle du trouble entraînant par compensation des recours itératifs au spécialiste et un entêtement à accomplir des tâches requêtant une parfaite conservation de la vision. Ce n'est qu'à un stade ultérieur qu'apparaît la décompensation dépressive avec insomnie, anxiété, amaigrissement et seulement parfois idée de suicide, apparaissant devant la confirmation de l'infirmité, aggravée de conséquences professionnelles. Le cap dangereux de la pulsion de mort n'étant franchi qu'une fois possible, d'une part l'exécution autonome de certains actes d'autre part l'établissement de relations affectives satisfaisantes avec d'autres aveugles et avec le personnel de la collectivité thérapeutique.

En fait pour de nombreux auteurs, en particulier Schneider, on a trop tendance habituellement à majorer l'importance des affections douloureuses et incurables dans l'éventail du déterminisme

suicidaire, ce que les statistiques ne confirment pas.

Derrière le suicide réactionnel à un état physique donné se profile souvent l'organisation structurale d'une personnalité en proie à un abandon affectif décompensateur. D'autre part notre Maître L. Michaux rappelle l'expression somatique préférentielle de certaines dépressions où "l'anxiété se cherche un thème de cristallisation et le trouve dans des douleurs physiques réelles, préalables mais habituellement bien tolérées et que l'anxiété ou la dépression vont décompenser".

Pour Held, toute dépression comportant obligatoirement une régression orale importante, il est souvent difficile de déterminer si un déprimé a "secondairement aggravé des symptômes physiques par le seul fait qu'il était déprimé ou s'il a "névrotisé" dans un sens dépressif une maladie physique en raison d'un terrain névrotique particulier ... Tel "l'Hystérique déprimé accrochera sur son estomac, son oesophage, ses muscles ou sa vessie une charge affective explosive tout à fait disproportionnée avec la réalité du symptôme, ou le névrosé phobique qui métabolise ses affects douloureux en anxiété : "Pour peu qu'il ait une épine irritative organique pouvant servir de catalyseur à l'expression somatique d'une dépression chez un phobique, l'angoisse sera prévalente et se portera sur le cœur, l'estomac, l'intestin, l'appareil respiratoire".

La vogue actuelle des médications antalgiques a abaissé au niveau individuel le seuil de tolérance à la douleur, provoquant un amoindrissement de la résistance à celle-ci, et par là même de la volonté. Lorsque s'y joint l'amplification de facteurs affectifs, la décompensation anxieuse trouve alors la thématique préférentielle de son soulagement.

Par ailleurs (Birren 1959) le taux de suicide est
 plus élevé en milieu urbain qu'agricole,
 plus élevé chez les protestants que chez les catholiques,
 plus élevé chez les célibataires que chez les gens mariés
 et augmente dans les périodes de dépression économique.

En fait le taux peu élevé du suicide rural serait parallèle au dépeuplement des campagnes en faveur des villes. Quant à la situation familiale qui à la suite des travaux de Durkheim serait en étroite relation avec la mort volontaire, il apparait dans la statistique de Védérinne des constatations dont l'essentiel est résumé dans le tableau ci-après portant sur les années 1964 et 1965.

Age	Célibataires		Mariés		Veufs		Divorcés		Séparés	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
15-20	3	2								
20-30	2	3								
30-40	2	2	3	3	2					
40-50	0	1	1	7		1				
50-60	3	1	15	2	1	1				
60-70	7	0	13	4	2	7	1	1	2	
70-80	4	1	4		1	3	1			
80-90	0	1			2	4				

Viennent en tête les gens mariés essentiellement du sexe masculin d'un âge compris entre 50 et 70 ans, puis les célibataires enfin les veufs et les divorcés.

Par contre hommes et femmes apparaissent d'autant plus gardés d'une impulsion suicidaire qu'ils ont une importante progéniture. Si l'on réunit dans une même catégorie les célibataires et les gens mariés sans enfant on obtient 48,3 % du total des suicides. Plus que l'état de mariage ou de célibat c'est l'importance du réseau des liens familiaux qui paraît le plus salubre contre le suicide, ce que Durkheim appelle "le coefficient familial de préservation", ce qui rejoint les notions d'isolement, de mobilité sociale et de désorganisation de la collectivité où selon la thèse de Durkheim, les périodes de désintégration se caractérisent par un fort pourcentage de suicides dans la fraction âgée de la population. Aux Etats-Unis les suicides parmi les veufs et les divorcés sont 7 fois plus élevés que chez les hommes mariés d'âge égal et surtout chez les personnes veuves depuis peu, bien que le veuvage apparaisse moins suicidogène chez la femme que chez l'homme.

Les difficultés économiques, si fréquentes chez les personnes âgées, s'inscrivent comme facteurs additionnels aux motivations habituelles. Sainsbury a comparé le taux de suicide chez les personnes âgées dans 20 pays différents et a constaté qu'il n'était pas lié aux pensions de vieillesse, car l'introduction d'un régime de pension dans 10 de ces pays n'a pas eu pour conséquence le recul du suicide dans les sus-dits. L'aide financière ne suffit donc pas à elle seule, une collectivité socialement désorganisée a un rôle plus pathogène que la carence monétaire.

H. Reboul rapporte, à propos de l'hospitalisation psychiatrique des personnes âgées, que mai 1968 a vu un afflux massif en milieu

hospitalier de vieillards perturbés par les bouleversements politiques, l'un d'eux présentant un délire de relation fixé sur Mitterand avait même rapporté et inclus son délire dans les événements.

Plus que les conditions matérielles, le facteur suicidogène primordial pour le vieillard semble donc bien être sa désinsertion sociale, avec ses conséquences : rejet et isolement.

Les sociologues ont insisté sur l'importance d'une obéissance religieuse comme recours salvateur empêchant le passage à l'acte. Une telle conduite serait nettement plus fréquente dans les régions protestantes que dans les pays catholiques, et encore moins marquée dans les communautés israélites.

Durkheim interprète ce fait non pas en fonction de la confession religieuse mais de l'intégration sociale à laquelle elle soumet ses différents membres. Si les protestants ont une plus grande propension au suicide, c'est que le catholicisme réalise une meilleure intégration de ses adeptes en rassemblant les participants d'un même groupe dans une identique communion sentimentale.

"Le protestant individualiste, note Schneider, rejoint dans le suicide, le divorcé, le veuf ou le célibataire". La teneur du dogme religieux ne jouerait que par sa faculté d'intégration sociale. L'Eglise Catholique écrit Deshaies "exige la continuité de l'en deça avec l'au delà de sorte que l'individu se trouve lié non seulement dans le monde des vivants mais aussi dans celui des morts, ce qui renforce d'autant l'emprise de la société".

L'important reste donc l'intégration à un milieu social le plus unifié possible. En fait si la foi catholique semble entraîner

plus de scrupules parmi ses fidèles, un tel obstacle n'intervient guère comme facteur d'inhibition lorsque la conduite suicidaire apparaît comme la conséquence d'un trouble mental avéré et n'engage pas la responsabilité d'un esprit incapable de faire face à ses conflits.

Le suicide de la personne âgée apparaît donc comme un fait pluridéterminé où s'imbriquent le profil psychologique du sujet adulte, les modifications des rapports sociaux dues au statut de vieillard et les altérations régressives de la sénescence.

Le passage à l'acte apparaît comme la sommation biographique de difficultés et d'échecs jugés irréparables où le facteur affectif domine en importance les souffrances physiques.

MODALITES DE SUICIDE

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

ET

--:--:--

SIGNIFICATION PSYCHOLOGIQUE

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

Les modes d'auto agression sont très variables suivant les individus, leur degré de structuration et de détérioration intellectuelle, leur maturité affective, le lieu et l'époque.

Du choix des moyens mis en oeuvre on peut dans une certaine mesure déduire l'authenticité du désir de mort.

Le nombre sans cesse croissant des médicaments psychotropes et l'extrême diffusion de leur emploi a multiplié leur recours sans qu'on puisse y voir plus qu'une commodité de mise en oeuvre. Il permet de plus un abord du néant par une douce régression, et pose le problème des relations de la mort et du sommeil. Pour certains, le désir de dormir serait ontologiquement plus ancien que le désir de mourir et dans cette optique l'image de la mort ne serait qu'une représentation modifiée du désir de sommeil. La mort souhaitée serait assimilable aux yeux des analystes à la recherche du sommeil en tant que bon objet, destiné au retour dans le sein de la bonne mère par contraste avec la peur de la mort, alors intégrée comme mauvais sommeil et mauvais objet avec tout son cortège de culpabilité mal assumée et de tension anxieuse

Le procédé par asphyxie requiert une volonté déjà plus déterminée de se donner la mort. Il permet lui aussi d'éviter la douleur.

Le toxique le plus utilisé est le gaz de ville. Les moins décidés ou les moins perfectionnistes se contentent de le laisser se répandre dans une pièce dont ils auront eu, au préalable, l'ultime précaution de colmater toutes les issues. Les plus déterminés vont jusqu'à débrancher le tuyau d'alimentation pour le faire directement aboutir dans la cavité buccale. Souvent ce mode de suicide s'associe à une prise médicamenteuse simultanée (type barbiturique), qui sans même être employée à doses excessives permet de pallier par le préalable d'une semi conscience au sursaut vital que l'odeur suffocante du gaz pourrait susciter. C'est le mode d'autolyse typique du sujet âgé, mais chez lequel aussi, avant d'incriminer un funeste désir, on saura se méfier d'une possible intoxication accidentelle par un appareil de chauffage au tirage défectueux.

Le suicide par immersion revêt parfois un caractère spectaculaire exécuté dans un sens revendicateur devant de nombreux témoins; quant aux coups de feu ou à l'arme blanche, ils sont généralement d'emploi radical car à moins de viser sciemment à une atteinte que l'on sait non vitale de l'organisme, le désir de mort du sujet est en règle générale satisfait dans l'immédiat.

Restent à envisager deux modes courants chez le vieillard cherchant à mettre fin à ses jours : la précipitation d'un lieu élevé, monument public ou étage élevé du domicile et la pendaison qui représente la majorité des modes de suicides dans les établissements psychiatriques et pose le problème de l'interdiction du port de lacets, de ceinture ou de cravate.

Mais l'on sait de longue date l'ingéniosité que peuvent déployer les malades à déjouer toute surveillance, allant parfois jusqu'à employer les draps de leur lit pour accomplir leur funeste désir.

Ciampi et Lai répertoriant les moyens employés dans l'âge avancé par leurs anciens patients dépressifs, ont relevé des procédés violents et radicaux laissant peu de place au hasard providentiel.

Moyens	Hommes	Femmes	Total
Pendaison	12	8	20
Oxyde de carbone	5	7	12
Noyade	1	4	5
Défenestration	0	2	2
Coups de feu	1	1	2
Autres	0	3	3

L'état mental du suicidant joue un rôle essentiel dans ce choix qui est déterminé souvent par le procédé le plus simple ou à portée de la main. C'est ainsi que à Bordeaux et à Lyon la submersion apparaît un mode de suicide assez fréquent. De même à Bordeaux l'utilisation du gaz de Lacq a réduit le chiffre moyen des intoxications à l'oxyde de carbone.

L'impulsivité trouve son contentement dans un moyen immédiatement exécutoire.

Le choix du moyen apparaît donc lié en grande partie aux possibilités du sujet sur le point d'accomplir son acte et le risque de mortalité, bien que s'accroissant généralement avec l'âge, dépend largement de l'agent employé. Il semble que plus qu'une moindre

résistance de l'organisme, il faille y voir la conséquence d'une préparation plus soigneuse dictée par une volonté plus déterminée d'en finir. Le vieillissement écrit Deshaies "conditionnerait donc moins la propension au suicide que l'efficacité de l'exécution et exprimerait en sorte un perfectionnement technique. Un phénomène de maturation pousserait au suicide alors qu'un état de maturité en assurerait la réalisation convenable".

Le suicide du vieillard représente une menace vitale essentielle à un âge déjà menacé par les accidents somatiques et la déchéance mentale.

Si le système traditionnel des précautions carcérales apparaît médicalement dépassé, le suicide en hôpital psychiatrique est passé de 0,90 % en 1954 à 6 % en 1965 (?) traduisant au niveau préventif la soudaine mutation thérapeutique et la libéralisation institutionnelle qui offre plus de possibilité au malade pour se détruire. En fait, il faut y voir aussi un effet du placement en milieu hospitalier de certaines catégories marginales telles les psychopathes au potentiel suicidaire majeur et qui n'entraient pas jusqu'ici dans le champ de la psychiatrie.

En hôpital général, à Los Angeles, en 1964, on a relevé 12 suicides parmi une population de 20.000 hospitalisés. La fréquence masculine est prépondérante puisqu'on dénombre 11 malades âgés en moyenne de 67 ans, dont 10 se sont précipités d'un lieu élevé et cela après trois jours environ d'hospitalisation.

Les méthodes employées précèdent la découverte des données psychologiques mettant à jour les motivations, mais le déterminisme du suicide ne se réduit pas à tel ou tel mobile, mais doit être envisagé selon les cas comme une demande ou au contraire une

réponse. Le suicide c'est avant tout un langage, et même avec la mort comme finalité, la conduite suicidaire conserve la signification d'un acte vital de communion avec autrui. Demande, elle apparaît comme un appel au secours adressé au monde des vivants : c'est une réaction de défense devant une situation opprimante, elle se borne généralement aux limites de la tentative. Utilisée alors dans un but de pression à l'égard d'autrui, elle devient, en cas de répétition, une véritable technique d'autosatisfaction libidinale compensatrice, aux bénéfices secondaires contingents. Souvent le sujet doute de lui-même en tant qu'objet propre à susciter la sympathie et exagérant son auto dépréciation met, inversement, autrui en position de supériorité dans l'espoir de le gagner par la pitié.

A l'inverse de la demande, le suicide réponse est souvent lourd d'agressivité. La réaction agressive a la signification d'une vengeance indirecte du passé, soit dans le but de retourner à autrui les frustrations éprouvées et de le punir. Le suicide a ici la valeur symbolique d'un meurtre. L'individu ne vise pas à la possibilité d'un ultime réconfort mais tente de blesser l'objet, de le désenparer en le culpabilisant. C'est un exutoire aux frustrations.

La réaction punitive s'inscrit-elle dans un cadre nettement pathologique : c'est l'autopunition d'un sujet qui se découvre à la fois juge et partie pour l'expiation d'une faute imaginaire comme c'est typiquement le cas au cours de l'accès mélancolique.

Quant à la réaction d'oblativité, elle revêt souvent un sens régressif, signifiant le retour au bonheur extra terrestre d'un monde sans amour et sans joie véritable.

En fait, d'après Stekel, personne ne se suicide sans désirer la mort de quelqu'un. Le geste suicidaire apparaît donc comme une pulsion agressive dirigée contre un objet interne introjecté. L'étude des écrits posthumes laissés par les suicidants est à cet égard très instructive quant aux intentions véritables et profondes de leurs auteurs. J.A. Ruet, dans sa thèse étudiant le cas chez les suicidés de 45 ans et plus, révèle que les écrits de 54,4 % d'entre eux exprimaient de l'hostilité, 63 % des sentiments positifs, enfin 18 % seulement gardaient une attitude neutre.

Moins tranchés les auteurs américains Tuckman et Klein ne relèvent que 16 % d'agressivité contre 49 % de manifestations gratifiantes et 35 % d'expression neutre.

Cette impression doit cependant être tempérée par le fait que certaines lettres font preuve de l'ambivalence simultanée d'expressions sentimentales différentes.

D'autre part Schneidman et Farberow colligeant les lettres écrites par 619 personnes entre 1945 et 1955 ont révélé que le désir de tuer ou d'être tué s'affaiblissait avec l'âge alors que le désir de mourir au contraire s'accroissait. Ce qui est une indication quant à la façon dont le vieillard se rapporte à la mort. A partir de 60 ans, plus de la moitié des gens âgés se considère en mauvaise santé, abstraction faite des affections réelles, ce qui traduit à la fois un laisser-aller et une défense.

Exprimé en termes de dynamique Freudienne, le mécanisme relationnel conduisant le sujet âgé au suicide a son point de départ au niveau du retrait des investissements libidinaux habituels, qui

se produit sans qu'il y ait comme au cours des âges précédents de raccrochage compensateur névrotique ou psychotique. Les défenses protectrices du moi affaiblies s'effondrent sans que se produise d'arrêt stabilisant sur des structures fussent-elles archaïques. La régression apparaît même infinie car le moindre traumatisme qui aurait auparavant fait surgir immédiatement des barrages défensifs protecteurs ne fait plus alors qu'accélérer le processus de dégradation. Le suicide représente alors l'expression du "manque" des défenses contre dépressives qui sont directement liées à l'organisation évolutive plus ou moins fragile du moi du sujet dont la cohésion est proportionnelle au nombre et à la variété des investissements libidinaux élaborés antérieurement. Sur ce fond de destructuration progressive où le vécu affectif de l'existence prend une dimension négative, les avatars de la sphère organique avec le déficit des fonctions instrumentales qu'ils entraînent ne font qu'ajouter au sentiment de perte d'amour lié à la frustration définitive des objets pulsionnels.

Dès lors le débordement de la composante défensive et narcissique du moi, au delà de l'inhibition et de la régression, joint à la perception claire de l'attitude culturelle dévalorisante du milieu sociologique, amène à une douloureuse prise de conscience de l'angoisse du vécu, conditionnant l'échec de l'existence et conduisant à l'abandon ultime de la négation. Aucune fixation libidinale n'étant plus offerte aux investissements pulsionnels la vacance de sa libido c'est à dire de ses expressions d'amour provoque la résurgence des pulsions agressives, changeant le mode relationnel objectal du sujet en une identification agressive qui aboutit en même temps au meurtre fantasmatique de l'autre et à l'union indifférenciée avec l'objet par un acte d'agression retournée où le sujet devient sa propre victime. Le suicide représente donc pour

le vieillard le seul moyen d'accéder à une union complète et définitive à ses objets d'amour, devant la réalité frustrante d'un monde devenu pour lui anobjectal.

Schématiquement cependant on peut distinguer chez le vieillard deux grandes catégories distinctes dans la signification de l'impulsion auto-agressive :

Le suicide d'abandon qui est un suicide de situation exprimant aux yeux du sujet qu'il n'y a plus rien à attendre ni des autres ni de lui-même, "exprimant", dit Deshaies, "pour le sujet et pour autrui une conduite adéquate à une situation donnée comprise telle qu'elle est réellement".

Et le suicide d'appel, dirigé vers autrui dans l'espoir d'une aide, qui met en cause l'attitude de l'entourage ou de la société, et est destiné à regrouper l'économie des forces libidinales d'un moi abandonné, des liens d'amour resserrés avec le sujet.

Du côté du candidat au suicide s'expriment donc deux positions, apparemment opposées mais qui se rejoignent : celle du mort qui cherche à être regretté et celle de l'agresseur qui faute d'avoir été compris veut tuer.

Du côté des autres, de ceux qui restent, les tendances sont symétriques : tantôt ils voient naître leur culpabilité, tantôt ils ne se sentent pas concernés et rompent tout lien affectif, ce qui équivaut au meurtre de l'agresseur.

Ces divers aspects processuels considérés, certains facteurs agissent à titre favorisant de la tendance autoagressive. Ce sont essentiellement la prédisposition constitutionnelle et héréditaire héritage morbide qui pose le problème de la transmission génétique

des instincts comme on peut également penser à une réaction d'imitation devant la répétition d'un phénomène dans l'intervalle d'une génération. Quant à l'héritage du suicide psychotique, il apparait que ce n'est pas le suicide qui est héréditaire, mais l'affection mentale, en l'occurrence la maniaco dépressive.

Le suicide ne peut donc être dans chaque cas attribué à un facteur unique et précis, ni considéré comme l'aboutissement d'une affection organique ou fonctionnelle; c'est un phénomène pluridéterminé aux multiples causes, dont la sommation ne fait qu'accroître le risque lorsqu'elle se produit au point de rencontre de la convergence des événements biographiques et circonstanciels avec le potentiel affectif plus ou moins frustré du sujet âgé dont les conditions d'insécurité particulières présentent une lourde importance dans la façon d'envisager les situations vécues et leur devenir.

L'acte suicidaire répond là plus que jamais à une finalité psychologique dont le cheminement se fait au niveau de la dynamique affective.

C'est le cas lorsque l'inaction d'une retraite forcée provoquant un rétrécissement du champ habituel d'intérêts n'entraîne pas la surcompensation par le développement d'investissements dans d'autres domaines. A ce propos Chatagnon a relaté dans les Annales Médico Psychologiques l'observation d'un cas qui mérite d'être rapporté :

Il s'agit de M. François G. Né en 1889, expert en comptabilité, sans aucune maladie notable, ni dans l'enfance ni dans l'âge adulte. Présentant des tendances à l'introspection, il donnait l'impression de la mesure et du bon sens, de la douceur et d'un solide équilibre psychique et affectif.

Epris d'une grande passion pour sa femme qu'il avait épousée à 40 ans, alors qu'elle en avait 28, il démontra sa fidélité de sentiments par une vie exemplaire d'attention, de dévouement et de générosité à l'égard de celle à qui il lia son sort et qui resta si peu au foyer. En effet Madame G. peu de temps après son mariage présenta les premières atteintes d'une psychose maniaco-dépressive qui lui fit passer en Hôpital Psychiatrique la plus grande partie de sa vie, mais où elle ne fut jamais abandonnée : visites régulières du mari, prenant ses vacances pendant les périodes de rémission de la maladie de son épouse de façon à pouvoir l'emmener avec lui. Ponctuel à son travail, son existence de douloureux solitaire ne retentissait en rien sur son humeur, son caractère ou son comportement. Il s'était façonné une tranquille philosophie, espérant une vie familiale commune après la période climatérique de sa femme, dans un équilibre d'esprit retrouvé ; lui-même aurait droit à sa retraite peu de temps après.

Soudain, cet homme scrupuleux, plein de volonté et de raison s'effondra lorsqu'il apprit que sonnerait cette heure en janvier 1954, et en mai/juin 53, il présenta un état dépressif mélanco-

lique, réactionnel, disparaissant remarquablement après quelques électrochocs. Remercié en juillet 1953 par son administration avec une indemnité de licenciement confortable, il avait repris un équilibre émotionnel apparemment bon et continuait une vie paisible auprès de sa femme. Mais la solitude, le désœuvrement et la crainte de l'amenuisement de ses ressources financières le précipitèrent à nouveau dans l'ennui, le dégoût de la vie, le sentiment de l'inutilité de l'existence, de sa déchéance auprès de tous, surtout de sa femme et l'idée de suicide s'insinua perfidement jusqu'au jour de l'épilogue tragique. Le 31 mai 1954, il se précipite du 3ème étage, s'écrase au sol, est relevé dans le coma et succombe le lendemain à l'hôpital Beaujon, sans avoir repris connaissance.

Cet exemple apparaît typique d'un état dépressif réactionnel déclenché par l'approche de la mise à la retraite, chez un sujet apparemment non détérioré, indemne de tout antécédent dépressif, et dont une vie de travail actif avait compensé la détresse affective d'un bonheur conjugal sans cesse repoussé, et qui n'a pas pu supporter de voir disparaître ce qui fait l'essentiel de ses investissements vitaux.

On s'aperçoit à la lumière de ceci de ce que la retraite au moins autant qu'une maladie invalidante contient de mort sociale. C'est la mise à l'écart, l'isolement et l'ennui. Elle représente rarement le prolongement normal de la vie permettant alors d'effectuer ce que le temps du travail n'a pas permis de réaliser, et beaucoup plus souvent une tranche d'existence relativement courte, sans velléités d'action ni centre d'intérêt.

Il semble que ces remarques valaient beaucoup plus pour l'homme que pour la femme, car celle-ci à quelques exceptions près, vit un

temps de travail beaucoup plus court, car commençant plus tard et entrecoupé des interruptions que constituent les maternités successives et la nécessité de s'occuper pleinement des enfants en bas âges. De ce fait les tâches professionnelles sont moins profondément investies et leur cessation définitive entraîne un moindre effort de désengagement, l'aspect dévalorisant du 3ème âge, et le malaise à vivre qu'il entraîne ayant une causalité plus en rapport avec le vécu esthétique.

Or, l'accroissement du narcissisme corporel chez le vieillard représente un mode de défense contre l'amoindrissement de son potentiel vital, par la réactivation de l'angoisse d'une nouvelle castration qui mobilise les dernières forces vives de la libido instinctuelle, et protège le sujet contre son instinct de mort. Les pulsions autolytiques ne peuvent alors entraîner de passage à l'acte qu'en cas de psychoses graves dont la production mentale pathologique peut pousser le malade à se tuer et aussi chez les sujets au psychisme fragile pour lesquels les problèmes matériels et difficultés affectives - majorés par une artériosclérose cérébrale entraînant déficit intellectuel et thymie dépressive.

L'importance qu'accorde presque tout sujet âgé à ses préoccupations cénesthésiques surtout en ce qui concerne la sphère digestive ne peut que faire craindre le caractère excessif des réactions lorsque cette inquiétude se greffe sur une affection organique grave qu'elle légitimise.

P.B. Schneider rapporte l'observation d'un patient :

M.W.L. homme d'affaire de 69 ans, ayant perdu sa femme depuis plusieurs années et qui présente un cancer du rectum. On a dû lui faire un anus artificiel et il en souffre car c'est un esthète extrêmement sensible. Peu après l'opération, il essaie

de se sectionner l'artère radiale et la carotide dans un bois solitaire, et n'est trouvé que 24 heures plus tard, exsangue.

Le suicide apparaît ici réactionnel au triple registre, affectif, familial et social où s'inscrivent les conséquences de la maladie. Conscient d'être incurable, physiquement diminué et souffrant moralement de son apparence corporelle, la mort de sa femme l'a contraint à l'isolement affectif et au désagrément de devoir ne compter que sur une assistance sociale. Dans la douloureuse conscience que rien ne pourra plus changer le sujet s'abandonne à un suicide de "situation", face à une cause perdue et dont il refuse d'assumer la douloureuse conscience. Telle cette malade de 65 ans citée par Melle Quidu, dont la cécité brutale d'un oeil avait entraîné 6 mois après l'accident une absorption massive de Gardénal devant sa conviction que "cela ne s'arrangerait pas" et qu'elle ne pourrait pas s'habituer à ce trouble.

C'est ce que Deshaies appelle le suicide "rationnel" i.e. "l'acte lucide, réfléchi, raisonné et raisonnable, exprimant pour le sujet et pour autrui une conduite adéquate à une situation donnée, comprise telle qu'elle est réellement".

Poitrenaud, étudiant les modifications de structure des aptitudes cognitives humaines au cours de l'involution, donne plus d'importance à l'étude des moyens d'exécution d'une tâche qu'au niveau de réussite de cette tâche.

Pour cela il utilise la structure fractionnelle d'une batterie de tests et arrive à la conclusion d'une dédifférenciation des aptitudes cognitives au cours de l'âge avancé, qui perdent leur spécificité individuelle pour se regrouper en une attitude unique

sous l'influence du rétrécissement déficitaire conséquence du processus organique d'involution des facultés mentales. Ce regroupement utiliserait au maximum le potentiel des connaissances acquises et l'expérience vécue antérieurement pour parvenir à l'exécution des tâches offertes, rendue par ailleurs difficile par le degré de détérioration intellectuelle. L'importance donnée aux facteurs d'expérience et de connaissance, ce que Poitrenaud appelle la "composante cristallisée de l'intelligence" permet au sujet âgé de se référer aux données envisagées dans le passé pour résoudre des situations actuelles, dont il n'a plus la possibilité de décodage des données immédiates.

A ce propos il nous a été donné d'observer dans le service de notre Maître le Docteur Bouttier, un cas dont la relation nous paraît significative sous bien des aspects.

Il s'agit de M. M. 82 ans, admis en urgence à l'Hôpital Paul-Brousse pour tentative d'autolyse au Seresta.

Vu en garde, le malade est parfaitement conscient, répond normalement aux questions. L'interrogatoire apprend qu'il était veuf depuis cinq à six ans et vivait avec sa fille institutrice âgée de 50 ans. Motif allégué de sa tentative : "l'ennui, dit-il, et parce que je voulais rejoindre ma femme".

L'examen clinique en urgence était normal, la tension artérielle à 18/10, le pouls à 80.

Dans les antécédents, le malade signalait un ulcère gastrique ancien, guéri médicalement, une arthrose coxofémorale droite retentissant sur le genou. Hospitalisé dans le service de médecine du Dr. Depierre, (bilan biologique normal) le patient nous est adressé 48 heures plus tard.

C'est un homme de petite taille, affable et souriant, une lueur malicieuse dans le regard, bien conservé pour ses 82 ans, très présent à nos questions et qui n'affiche pas les signes extérieurs d'une dépression profonde. Néanmoins, il nous apprend qu'il a déjà fait une tentative de suicide deux ans auparavant pour laquelle il a été hospitalisé à Bicêtre. Sur le plan de sa biographie : il est fils unique, originaire des Ardennes, a été métallurgiste puis employé à la Préfecture de la Seine jusqu'en 1949, date où il a pris sa retraite.

Marié avant la Guerre de 14 avec une infirmière de 5 ans son aînée ils n'ont eu qu'une fille. Sa femme est décédée en 1963, porteuse d'une coarctation de l'aorte, il l'a soignée constamment jusqu'à sa mort, s'en occupant seul la dernière année, ce qui l'a, dit-il, beaucoup fatigué. Depuis son veuvage il vit avec sa fille, célibataire, âgée de 50 ans, institutrice dans un C.E.S. Il verbalise peu les circonstances de son geste, le mettant sur le compte d'une dépression en rapport avec la perte de sa femme à laquelle il pense sans arrêt, en rêvant fréquemment la nuit, de façon toujours identique : Il est sur un trottoir, elle sur celui d'en face, il l'appelle, elle ne l'entend pas, et le flot incessant des voitures l'empêche de traverser pour aller la rejoindre. Il nie tout autre problème, allègue une bonne entente avec sa fille avec laquelle il va se promener les jours de congé. Le reste du temps il s'occupe du ménage et des repas, lit, regarde la télévision.

L'interrogatoire de sa fille, d'aspect sévère et rigide, décrit le père comme nerveux, irritable, ruminant des idées pessimistes, s'ennuyant seul toute la journée, et lui faisant des scènes lorsqu'elle rentre plus tard que prévu. Elle confirme que la mort de sa femme a été vécue sur le mode de deuil très intense.

En décembre 1960, la première tentative de suicide aurait été motivée par le refus de la fille d'adopter un animal qui aurait tenu compagnie à son père pendant son absence. A son retour de Bicêtre, la fille cède et il adopte un chat. Depuis lors, malgré son vœu satisfait, il adopte une attitude de tyrannie affective, se comportant avec elle en mari jaloux de ses relations, alors que sa propre épouse était parait-il très autoritaire et n'aurait jamais supporté de telles remarques.

Le motif de l'actuelle tentative de suicide apparaît des plus futiles : une dispute banale à propos de la nourriture du chat.

A noter encore deux points importants :

- la propre mère du patient s'est suicidée à 74 ans, par défenestration de la maison de retraite où elle était,
- d'autre part, après sa retraite en 1949, il a trouvé jusqu'en 1957 un poste de garçon de bureau dans une banque, ce qui a donc amorti le choc brutal de la suspension d'activité.

L'examen psychométrique du 21.5.71 fournit les données suivantes :

QI homogène : Verbal 110, Performance 100, mais avec cependant détérioration importante de 40 %, avec atteintes des fonctions touchant la mémoire immédiate et la conduite du récit. Erreurs au Benton, et une lenteur générale rendant probable l'éventualité d'une baisse de l'efficacité intellectuelle.

Pris en psychothérapie par un psychologue, celle-ci assortit l'entretien du commentaire suivant : "gentil petit vieux, pas gâteaux du tout (sic), ne sait pas ce qu'il lui a pris, que sa fille commande et ça ne lui plaît pas". Il parle d'ailleurs de sa fille en disant "ma femme" et prétend "elle commande, alors ça ne me

plait pas". Il prétend avoir voulu par son geste attirer l'attention sur sa solitude entraînée par le travail de celle-ci.

La graphologue du service à qui nous avons soumis son écriture, nous a révélé que son graphisme portait la marque d'une grande fragilité : "Fin, délicat, sensible, tout ce qui le touche l'atteint profondément, son émotivité est trop grande et incontrôlée. Il se replie, mécontent de lui et rumine en s'apitoyant sur son sort. En fait, il est désenchanté et semble avoir été déçu par la vie dont il continue à appréhender l'avenir. Bien que résigné, il se sent seul, inquiet, anxieux, effrayé par sa solitude. De tempérament scrupuleux et conformiste, certaines acérations du graphisme permettent de comprendre la possibilité de décision brusque et de réactions brutales qui l'ont conduit à passer à l'acte".

Sur le plan médical

Les entretiens ont été accompagnés de la simple prescription de Valium et d'Actébral 100.

Il est sorti avec ce traitement, après 18 jours d'hospitalisation et l'adresse d'un Club de vieillards à Fresnes.

Revu en consultation trois semaines plus tard, il était bien sur le plan de la thymie et envisageait d'entrer en Maison de Retraite dans un avenir proche.

Ce cas nous a permis de relever certains faits généraux caractéristiques de l'optique du suicide chez le vieillard.

- l'absence d'antécédents psychiques personnels mais par contre le suicide de la mère à 74 ans, vraisemblablement de situation,
- le caractère déclenchant du veuvage sur les deux tentatives de suicide,

- l'ennui après sa mise à la retraite, qui s'est pourtant faite progressivement en deux temps,
- la futilité du motif déclenchant immédiat du geste suicidaire qui se rapproche de l'inconsistance de celui d'un enfant,
- la relation oedipienne avec la fille, qu'il confond au niveau du langage avec sa femme, et avec laquelle il veut assumer un rôle d'autorité, attitude inverse semble-t-il de celle qu'il avait sur le plan conjugal,
- le QI assez élevé et homogène, malgré un coefficient de détérioration relativement important,
- une fragilisation du psychisme aux affects entraînée par l'âge,
- l'efficacité de la thérapeutique sur la composante anxieuse de l'humeur,
- enfin, la décision finale de la maison de retraite non loin de chez sa fille, après être passé par l'intermédiaire du club de vieillards.

On conçoit dès lors l'importance que peut prendre l'entourage affectif, pour le sujet âgé plus que pour toute autre. Ses possibilités d'adaptation sont conditionnées par son mode de relation avec autrui. On connaît en effet toute la gravité des répercussions que risque de provoquer la disparition du conjoint.

J.A. Ruet cite à ce propos deux cas :

Celui de Monsieur D.A. 78 ans : "Retraité, veuf, une fille mariée.

Antécédent : R.A.S. sur le plan somatique.

Chagrin de la perte de sa femme. Suicide le 27 juillet 1965 vers 10 h du matin dans la cave de sa maison en se tirant une balle de fusil calibre 12".

Celui de Monsieur B.J. 80 ans, retraité, veuf depuis 2 ans, pas d'enfants, aucune famille connue.

Suicide en août 1964 en se jetant dans la Saône. Cadavre repêché 15 heures plus tard.

Ecrit posthume : "Messieurs, je suis dans mes 81 ans depuis le 2 juillet 1964, je n'ai pas de famille, tout seul je m'ennuie beaucoup et je prends le cafard de plus en plus, aussi j'ai décidé d'en finir avec la vie qui n'est plus rien pour moi je pars donc bien réfléchi et bien volontairement".

Au vécu affectif douloureux de la séparation qui fait écho selon Mélanie Klein à toutes les ruptures relationnelles objectales antérieures, même les plus primitives, s'ajoute la notion d'attachement à la personne, en tant que partie constituante de son univers familial, qui est ordonné autour de son individu avec tout ce que cela sous entend de crainte de la nouveauté et d'horreur du changement. En effet, le partenaire peut être là comme sujet créant l'histoire dirait Eck, mais aussi comme objet assurant le fil d'une histoire dont la fin approche avec son cortège de difficultés journalières morcellant un moi sans cesse à la poursuite de son intégrité. Les tâches matérielles et les menus travaux quotidiens alors pleinement à sa charge accroissent encore le manque d'autonomie par l'effort d'adaptation nouvelle qu'ils imposent et souvent le sujet n'arrive plus à faire face sur tous les plans. Peut être faut-il y voir une possible explication au fait que le veuvage de l'homme soit plus suicidogène que celui de la femme, alors que le rapport des sexes se trouve inversé en ce qui concerne la longévité. Les problèmes paraissent plus insolubles pour l'homme vieillissant seul que pour son homologue féminin, c'est autant une question d'adaptabilité meilleure à de nouvelles tâches brusquement surgies qu'une plus grande capacité de résignation à accepter une condition sociale réduite,

en rapport avec un processus de maturation plus profondément élaboré.

On pourrait presque généraliser à son sujet ce qui a été dit à propos de la condition féminine dans la société Islamique : "Au début, elle était anonyme, en vieillissant elle devient une personne".

Mais il arrive aussi que d'un commun accord et de concert les deux éléments d'un même couple décident de mettre simultanément fin à une existence qu'ils jugent par trop malheureuse, ou bien l'un disparu, des suites d'un accident ou par maladie l'autre ne songe aussitôt qu'à le rejoindre. C'est le suicide à deux, où l'autoagressivité se mêle curieusement au meurtre de l'autre sans que le geste puisse être réductible à la dimension unique d'une impulsion passionnelle. A ce sujet France-Soir du 28 avril 1962 rapportait à la suite deux faits divers (cité par la Revue Esprit).

L'un concernait "un vieux couple vivant à Puteaux. La femme ali-tée étant soignée par son mari, lui avait 85 ans, elle 75. Une voisine pitoyable donnait un coup de main. Une nuit la malade est morte et l'on a retrouvé le matin à côté d'elle, l'homme qui s'était tué".

L'autre : "Dans le XIIe arrondissement, le ménage Durand 75 et 67 ans tenait une épicerie. Le fils était mort. Le commerce périclitait. Ils répétaient : "de pauvres vieux comme nous sont de trop dans la vie". Eux aussi se sont tués pendant la nuit".

Le sujet conçoit l'autre comme une part indissociable de lui-même qui ne peut lui survivre et doit donc l'accompagner dans la mort qui est vécue comme une résurrection dans un univers de bonheur sans contrainte.

Ce suicide à deux ne doit pas être confondu ni avec le suicide collectif qui est effectué sans le consentement des autres participants et qui équivaut à un meurtre, ni avec le suicide post agressionnel suivant un assassinat, lequel ne découle généralement pas d'une froide préméditation mais d'un brusque élan impulsif.

Nous n'avons jusqu'ici étudié que le rôle des facteurs psychologiques "exogènes" de solitude, d'abandon, de découragement et de dévalorisation, induisant le déterminisme suicidaire, restent à envisager les altérations psychiques préexistantes de la personnalité sur lesquelles elles se greffent d'une part et l'influence que peut avoir le vieillissement sur les maladies mentales constituées antérieurement à l'entrée dans le 3ème âge, caractéristiques de la personnalité antérieure servant d'analyseur au décodage des troubles présentés lors de la sénescence lorsque se fait la rencontre de l'affaiblissement intellectuel lié à l'âge avec le profil névrotique dégagé de la chrysalide de l'enfance.

L'étude de la personnalité antérieure des postulants au suicide a montré que n'étaient généralement pas trouvés de traits névrotiques phobiques, hystériques ou obsessionnels qui témoigneraient plutôt d'une structuration défensive à l'égard des pulsions de mort. Phobies et obsessions allient leurs mécanismes pour protéger le sujet âgé contre lui-même.

Les unes par des conduites d'évitement des situations phobogènes confinent le sujet dans une activité restreinte le plus souvent à son domicile, où la compulsion répétitive des actes dans son rituel conjuratoire métabolise l'angoisse et enferme l'individu dans un monde sécurisant et de plus en plus étroit. Il est d'ailleurs à noter que le rétrécissement progressif de sa sphère d'intérêt, phénomène particulier au 3ème âge dont il représente une évolution quasi constante, fait figure à cet égard de défense naturelle et réflexe contre le caractère éventuellement excessif de manifestations émotionnelles mal contrôlées. En ce qui concerne les personnalités décrites comme hystériques, le problème est différent. L'étude catamnétique du vieillissement des hystériques révèle classiquement que les phénomènes de conversion somatique réductibles psychologiquement, diminuent en fréquence et intensité pour faire place à des manifestations psychosomatiques à la fois témoin et générateur de lésions organiques authentiques. Il convient cependant de noter qu'existent chez le vieillard ce que Daumezon a appelé "des états dépressifs aigus", à l'apparence pseudo déficitaire ou à la suite de conflits généralement minimes le sujet âgé présente un comportement suicidaire au deuxième degré manifestant son profond désaccord avec un entourage jugé incompréhensif, par un refus relationnel objectal : refus de manger, de parler, de s'habiller, clinophilie permanente, aboutissant rapidement au désinsèremment d'un état grabataire avec troubles

sphinctériens, désorientation temporospatiale devenant rapidement irréversibles et finissant par aboutir à la mort si le contexte affectif n'évolue pas.

Un tel tableau est à rapprocher de l'hystérie sénile définie par Maurier de Fleury en 1890 comme une réaction pithiatique non périodique à de petits déficits artériopathiques, notion reprise par notre collègue Dedieu Anglade dans son travail sur les névroses d'involution, qui ayant comme toute névrose leur genèse psychologique dans l'enfance, voient leur latence disparaître à l'occasion du traumatisme de la sénescence et leur symptomatologie s'exprimer, comme dit Balier par "un phénomène de résonance entre les conflits internes de la personne âgée et les difficultés auxquelles elle se trouve confrontée".

En fait, ainsi que l'écrit Henri Ey, c'est "la détérioration de l'organisme en état d'involution qui est l'essentiel et dans ce cas chacun sait que l'on voit apparaître aussi bien de grandes crises de mélancolie que des états dépressifs à forte teinte hystérique, plus rarement phobique et obsessionnelle".

A ce propos Anglade cite l'observation d'une malade suicidaire de 71 ans dont le passage à l'acte semble avoir été provoqué par la brusque prise de conscience de possibilités physiques réduites survenant sur une personnalité au profil psychologique rigide et méticuleux.

Obs. - Mme D. 71 ans passe un après midi sur le pont d'une rivière et tente de se jeter à l'eau après avoir laissé chez elle un message de caractère mélancolique.

Elle explique son comportement par la baisse de ses forces physiques, risquant de réduire son indépendance. Ancienne masseuse,

elle ne peut plus travailler depuis un an et va être obligée d'habiter chez sa fille dont elle a du mal à supporter la vie quotidienne. Ce qui a déclenché la tentative : la nécessité de déménager une fois de plus au début de l'hiver.

Personnalité rigide et méticuleuse elle est réglée depuis des années comme un mouvement d'horlogerie du matin au soir et préfère l'isolement à des contacts sociaux qui ne la satisferaient pas pleinement. Depuis quelques mois un rouage s'est cassé, elle dort mal et plutôt que de ne pouvoir garder l'intégrité de son mode de vie elle préfère en finir. L'examen ne note aucun affaiblissement intellectuel décelable, aucun antécédent psychiatrique. L'état dépressif est à l'arrière plan. Son geste est préparé à l'avance, lucidement, devant l'impossibilité de garder son indépendance en tous domaines et la peur de dépendre d'autrui, socialement et affectivement.

Un tel exemple pose le problème d'une crise existentielle déclenchée par le vieillissement involutif d'une personnalité psychasthénique chez qui se font jour des tendances suicidaires à l'occasion de la précipitation dans une faille dépressive qui n'est autre que l'expression majorée du substratum névrotique fondamental. La structure névrotique s'est trouvée bien compensée par des mécanismes de défense actifs jusqu'à un âge assez avancé et puis soudain, devant la perception d'un sentiment profond d'incomplétude douloureuse, dans le domaine affectif aussi bien que dans l'action, l'importance et l'ancienneté des conflits provoquent la décompensation à la faveur du sentiment insécurisant d'une vulnérabilité permanente. Ainsi la diminution des capacités situe son point d'impact au niveau de la structure névrotique du caractère acquise chez l'adulte au seuil d'une indéfinie maturité et dont la résistance a été usée, empêchant peu à peu toute possibilité

d'investissement compensateur, jusqu'à ce que le déséquilibre latent puisse trouver dans l'acte suicidaire l'occasion d'un exutoire paroxystique. Il est à remarquer que la fragilité constitutionnelle de la personnalité s'allie au déclin de la personne physique dans ses possibilités d'exécution pragmatiques pour supporter d'autant plus mal le choc de l'adaptation régressive à l'habitus du vieillard; ce qui nous amène à étudier d'une part l'incidence des altérations biologiques organiques sur le comportement et d'autre part les modifications qu'apporte le vieillissement aux structures mentales pathologiques qui préexistaient à l'entrée dans le 3ème âge. Les modifications apportées par l'âge au système circulatoire artériel cérébral se sont avérées souvent génératrices de troubles du comportement susceptibles d'entraîner un raptus suicidaire soit contingent d'état authentiquement dépressif, soit émaillant le cours d'un syndrome délirant.

Nick et collab. ont insisté sur le tableau de la dépression authentique, survenant chez un sujet hypertendu de longue date, où domine une anxiété majorée en angoisse pouvant amener à un geste désespéré, si le sujet parvient à vaincre la barrière de l'asthénie et du désintérêt qui complètent l'expression clinique. Les auteurs insistent également sur l'épisode dépressif inaugural de nombreux syndromes Parkinsoniens de cause vasculaire, chez des sujets indemnes de tout antécédent du même type qui doit faire systématiquement rechercher une adiadococinésie devant l'installation progressive d'un premier état dépressif chez un sexagénaire.

Le prolongement dans la vieillesse des affections mentales déclarées antérieurement offre un aspect variable suivant le type nosologique.

Si les troubles névrotiques sont souvent ignorés, masqués par les plaintes d'un pessimisme existentiel concernant l'isolement

affectif ou la déficience du schéma corporel, les névroses structurées à l'âge adulte se compliquent souvent dans la sénescence d'intercurrences dépressives qui traduisent la défaillance des symptômes névrotiques en tant que mécanismes de défense contre l'angoisse de mort. Le vieillard éprouve en effet à l'égard du vécu de sa fin prochaine une attitude ambivalente qui la lui rend objet à la fois de crainte et de désir. Freud oppose ainsi dans le perpétuel affrontement des forces d'Eros et Thanatos, l'élan vital de l'adulte qui représente une défense contre la pulsion de mort par son engagement dans l'engrenage de la vie active, au désengagement du sujet âgé vivant sa retraite sociale comme la fin de sa vie communautaire et la diminution de ses capacités physiques et intellectuelles comme le prélude de son anéantissement personnel. La reviviscence de son angoisse de castration peut lui faire alors hâter l'heure de sa fin si la composante narcissique de son moi ne trouve pas de compensation satisfaisante dans la somatisation hypocondriaque, ou si son anxiété n'est pas jugulée par la rigidité protectrice d'un conformisme dogmatique où il puisse enfermer sa vie quotidienne.

En ce qui concerne les états psychotiques les auteurs Suisses, en particulier Muller dans une étude portant sur 100 schizophrènes en majorité paranoïdes d'âge moyen 70 ans, a remarqué chez plus de la moitié des patients hospitalisés une amélioration notable des conduites antisociales, dans le sens d'une adaptation harmonieuse à la vie communautaire, avec abrasement de la symptomatologie dont il interprète le mécanisme par "l'atténuation de l'impact affectif des idées délirantes et des hallucinations". Les résultats de son étude comportent 55 cas de nette amélioration, 32 cas non modifiés contre 14 évolutions défavorables, dans un sens vésanique.

En ce qui concerne la maniaco-dépressive, les accès présentent une nette tendance à l'atténuation dans la sénescence (Ciompi et Lai) mais si leur fréquence s'espace et si l'intensité de la symptomatologie s'estompe, la durée des accès apparaît plus longue, et souvent ceux-ci sont remplacés par un fond thymique d'irritabilité permanente et anxieuse ayant pu faire évoquer la notion d'état résiduel avec morosité de l'humeur qui peut parfois devenir agressive et l'instinct de mort être dicté par un besoin de fuite de l'angoisse.

Quant aux psychopathes, ils semblent toujours devoir rester enfermés dans le dilemme d'une demande perpétuellement incomprise en raison de sa labilité, face à l'attitude négative qu'ils déclenchent de la part de l'entourage. Tel le cas de Mr. E.L. 66 ans, cité par Schneider, dont toute la vie a été marquée d'actions diverses exécutées sur "des coups de tête". En proie à des difficultés matérielles, à la suite d'une remarque de son fils, il se jette à l'eau et est conduit ensuite à l'hôpital psychiatrique où l'on constate un vieillard enporté, nerveux, colérique et très impulsif qui ne supporte pas la moindre contrariété. Il fait des scènes pour des riens, boude, casse la vaisselle, mais son humeur peut aussi être exhubérante. La même année, il se jette de nouveau à l'eau du haut d'un pont pour attirer l'attention de sa femme qui se détachait de lui et il fait un essai de pendaison. Quelques mois plus tard, il se pend en forêt.

De tels sujets gardent donc leurs tendances impulsives tout au long de leur vie, réagissant sur le mode purement affectif et instantané, sans jamais parvenir à s'imposer une ligne de conduite réfléchie, déterminant leurs actes à longue échéance. Mais l'impact de la sénescence parvient dans de nombreux cas, à lénifier ces

poussées caractérielles explosives, sous le joug combiné du déficit psychoorganique et de la désafférentation des pulsions libidinales.

Tout différemment bien qu'également liée à la prédisposition constitutionnelle de la personnalité se présente la mélancolie d'involution, dont le substratum prénorbide semble être dans la majorité des cas de type obsessionnel (57 % des cas dans la statistique de Mme Martin), beaucoup plus rarement de type schizoïde, hystérique ou paranoïaque. Initialement rattaché au concept nosographique de la maniacodépressive par Kraepelin puis Bleuler, la tendance nosologique française à la suite de Sérieux et Capgras Henri Ey et de l'école de Ste Anne, en fait une entité individuelle situant son apparition autour de la cinquantaine, survenant environ 3 fois plus souvent chez la femme que chez l'homme et essentiellement au moment de la ménopause.

Actuellement chez un sujet âgé présentant un tableau dépressif grave de type psychotique est exigé pour porter ce diagnostic.

L'absence de tout antécédent maniacodépressif antérieur, personnel ou familial de même que l'absence de détérioration organique importante des facultés mentales.

Certains traits séméiologiques la différencie du tableau dépressif occasionné par un état cyclique :

- un début souvent en deux temps occasionné par un conflit de nature affective (deuil, préjudice économique ou social entraînant des modifications du genre de vie).
- un tableau clinique fait d'anxiété et d'agitation au lieu de l'inhibition et du ralentissement habituels, favorisant le

passage à l'acte suicidaire, dans un contexte interprétatif d'idées de culpabilité entourant un noyau délirant de croyance en sa propre immortalité qui constitue le syndrome de Cotard.

La survenue du geste suicidaire est à redouter dans les 2/3 des cas.

Mme A.P. (Obs. Schneider) née en 1897 présente une mélancolie involutive ayant débuté 5 mois avant son admission à la clinique psychiatrique qui est survenue après une première tentative par plaie au poignet et chute volontaire dans une grange. Deux de ses soeurs ont présenté une psychose mélancolique atypique.

Son caractère prémorbide était décrit comme renfermé, peu sociable et inhibé mais elle n'a pas présenté de véritable dépression jusqu'en 1947, mise à part une petite phase dysphorique dix ans auparavant. On pense tout d'abord à une attitude réactionnelle à des difficultés matérielles et à une grossesse illégitime d'une fille, mais peu à peu le caractère endogène des troubles s'accroît. Elle est la seule coupable, elle est possédée par le diable et c'est lui qui lui a ordonné de se tuer en se précipitant sur l'aire de la grange. Elle se sent damnée et attend l'excommunication. Elle voulait aussi noyer ses autres enfants pour qu'il ne leur arrive pas le même déshonneur. Elle est internée à l'hôpital psychiatrique de février 1948 à mars 1950 et fait pendant cette période quatre nouvelles tentatives sérieuses par pendaison dont deux n'ont été découvertes qu'en dernière extrémité. Les impulsions suicidaires chez cette patiente sont extrêmement violentes et il faut lui mettre des gants pour l'empêcher de se gratter jusqu'au sang dans l'espoir qu'elle pourra en mourir et saisit toutes les occasions pour préparer un lacet dont elle se servira plus tard. Des traitements par électrochoc ne provoquent qu'une amélioration passagère et une leucotomie le 9 août 1949 n'exerce aucun effet.

Elle rabache sans cesse, dans un état de prostration complet ses idées funèbres et réclame la mort sans arrêt. Enfin le 31 mars 1950, elle réussit à se pendre à l'intérieur d'une armoire, à l'aide d'un lacet confectionné avec un ourlet.

Cet exemple typique réunit les caractéristiques séméiologiques essentielles de la mélancolie d'involution, avec la notion de personnalité prédisposée "inhibée, renfermée, peu sociable", le contexte dépressif sévère attesté par les nombreuses tentatives précédant la réussite finale, les idées délirantes de possession diabolique et de damnation alimentant son désir d'autopunition qui est élargi à son entourage proche.

L'ensemble du psychisme apparaît subordonné au délire qui par son expression sans frein témoigne de l'échec du refoulement des pulsions agressives inconscientes.

Freud a donné en 1917 dans son ouvrage "Deuil et Mélancolie" une interprétation psychanalytique des troubles où il situe la mélancolie chez des sujets qui n'étant jamais arrivés à un degré de maturité leur permettant de se distinguer des objets, ont fini par vivre en union étroite et archaïque avec eux en les introjettant, ménageant leur rapport en réprimant toute agressivité à leur égard. Le vécu de perte inéluctable, entraîné par le grand âge à la fois sur le plan sonatique et dans le domaine affectif entraîne en même temps qu'un état de frustration, une libération de l'agressivité jusque là refoulée et que le sujet ne pouvant porter directement sur l'objet retourne contre lui-même.

Le geste suicidaire n'est donc pas dicté par une position objectale mais par l'unique composante orale du moi souffrant d'une blessure narcissique.

La mélancolie d'involution représente un syndrome souvent rencontré dans la pathologie dépressive du 3ème âge. C'est la survenue d'un geste désespéré qui peut la faire reconnaître devant des motivations considérées comme banales chez un vieillard fatigué et triste. En fait c'est là que le risque de mort est le plus grand et que par voie de conséquence la prophylaxie doit être la plus impérative, en sachant ne pas se contenter d'une prescription banale, et en faisant accepter l'éventualité d'une hospitalisation à un entourage souvent réticent.

Les conduites suicidaires de la sénescence s'expliquent donc par un refus de régression libidinale conduisant à une réponse inadaptée à des agressions survenant à une période vitale de moindre résistance. La mise en jeu de l'angoisse personnelle par l'absence de cohésion dans des groupes structurés d'appartenance, au rôle social nettement défini dispose à l'autolyse des sujets condamnés à la dépendance dans la satisfaction de désirs régressifs conduisant à une insatisfaction permanente. Le suicide devient la projection inconsciente du système de renoncement permettant d'échapper à l'insatisfaction libidinale et à la douleur physique.

malade, partiellement conscient de sa déchéance, cherche obstinément à se situer dans l'écoulement inexorable du temps que ses capacités mnésiques n'arrivent plus à fixer et dont il ne peut entretenir un semblant de vécu que par la luxuriance des fabulations compensatrices. L'acte suicidaire est le plus souvent en rapport avec une prise de conscience fragmentaire de la déchéance au cours d'un raptus anxieux.

Il convient d'en rapprocher le suicide délirant tel qu'il est observé notamment au cours de l'évolution d'une psychose de préjudice, en sachant que l'éclosion d'un délire chez un vieillard jusque là indemne de tout antécédent psychiatrique doit immédiatement faire suspecter la survenue d'un état démentiel tel le cas de Mr. N. Felix (cité par M. Quidu).

Obs. homme de 72 ans présentant depuis quelques années un délire de relation. Il est persuadé que sa femme le trompe et se croit l'objet de persécutions très vagues de la part de voisins et d'amis.

Précarité de l'état général (séquelles d'infarctus du myocarde et défaillance cardiorénale) qui lui ont malgré tout fait refuser une hospitalisation de crainte que sa femme et ses amis ne profitent de son absence. A la suite d'une dispute avec son épouse portant sur son éventuelle inconduite il avale dans la nuit des barbituriques.

Dans ce cas malgré la fausseté du raisonnement entraînée par la conviction délirante la conduite suicidaire conserve un semblant de rationalisme polarisé par une idée causale qui pour être irréaliste n'en est pas moins obstinée. Il convient d'ajouter que l'affaiblissement intellectuel joue un rôle certain dans l'imprécision interprétative qui à un âge moins avancé serait plus systématisée.

Par contre au stade démentiel confirmé, aucune intentionalité n'est plus apparente dans un geste qui apparaît d'une incohérence le rendant aléatoire dans la technique même du procédé d'exécution. Le contexte émotionnel lui-même paraît abrasé de toute infrastructure profonde. Tout se déroule comme si la désorganisation du moi arrivait à un point tel que même la dissolution jacksonnienne représentée par un état dépressif ou l'éclosion d'un délire considéré en tant que défense face à des frustrations multiples ne pouvait édifier sa régression. D'ailleurs, comment être frustré, à l'intérieur d'un monde anobjectal. Allant à l'extrême Laf déclare :

"l'oubli peut enfin engendrer le principe du plaisir, car si le refoulement exclut de la conscience les affects douloureux, l'amnésie de fixation ne les enregistre même pas ...". De fait le dément offre le plus souvent l'aspect d'un désinvestissement global et profond, isolé des problèmes familiaux, enfermé dans une indifférence morne et hébétée, souvent entrecoupée d'accès irrascibles, sans objet apparent ou d'un pleurer spasmodique, témoin d'une incontinence affective qui rejoint au niveau de la thymie, le pôle du gâtisme. Le vieillissement, normalement cerné par des normes physiologiques a finalement fait place au registre pathologique en prenant le masque de la sénilité. Dans un tel contexte, un geste suicidaire, puisque la désintégration des facultés mentales ne permet plus de parler de conduite ne devrait revêtir que la signification d'un accident.

Mais tous les déments ne voient pas leurs possibilités atteintes au même degré qui est fonction du facteur d'origine et à ce propos il convient de distinguer les états démentiels dus à une atrophie cérébrale primitive (démence sénile, Maladie de Pick et d'Alzheimer) et les démences secondaires à une atteinte syphilitique ou artériopathique à une comitialité ou un éthylisme chronique, enfin à une tumeur cérébrale ou un traumatisme crânien.

En ce qui concerne les démences primitives, la détérioration des fonctions intellectuelles telles que mémoire, jugement ou attention entraîne des perturbations des conduites sociales qui relèvent du domaine médico-légal.

Si l'Alzheimer est classiquement coléreux, irritable ou impulsif, le Pick se montre sous un jour plus apathique. Quant à la démence sénile simple, les affects extérieurs n'influencent guère une humeur uniformément triste dont le fond d'inhibition peut parfois en imposer pour état mélancolique, d'autant que l'atteinte démentielle confirmée est souvent précédée d'un état dépressif avec fréquentes idées d'autolyse devant la prise de conscience d'une certaine déchéance et du facteur d'isolement qu'elle entraîne. L'atteinte démentielle suit toujours dans sa progression le cours inverse des degrés de la structuration infantile, régressant après un temps variable au niveau des pulsions orales les plus élémentaires et les plus indifférenciées. Les tests psychométriques permettent de rapporter la mesure des déficits partiels spécifiques à celle de la détérioration globale. Certaines épreuves résistent à celle de l'âge, d'autres ne "tiennent" pas - en faisant le rapport de ces derniers aux précédents on évalue le coefficient de détérioration qui est patent si le déficit est supérieur de 20 % à celui classiquement admis pour l'âge réel de référence au Wechsler Bellevue.

Le test de rétention visuelle de Benton offre un score habituellement peu élevé, il fait partie de ceux qui ne tiennent pas, de même le D 48 qui mesure l'aptitude conceptuelle. Par contre le vocabulaire de Binois Pichot témoigne de la richesse d'acquisition culturelle et résiste classiquement à l'épreuve du temps.

Enfin le Projectif de Rorschach permet l'analyse des principales composantes du syndrome psychoorganique qui pour Piotrowski sont au nombre de 10.

- Réduction du nombre des réponses kinesthésiques.
- Réduction du nombre des réponses couleurs.
- Augmentation du nombre des réponses Formes, mais avec faible pourcentage de F+ (bonnes formes).
- Lenteur des réponses.
- Répétition d'une même réponse à diverses planches.
- Perplexité et besoin de réassurance.
- Indicateur d'angoisse élevée.
- Réaction dépressive à la passation du test.

Si 5 de ces signes sont réunis un déficit organique est fortement suspecté. Dans la Maladie de Pick, l'atrophie frontale touche peu les tests d'intelligence et le Rorschach, par contre elle atteint électivement le labyrinthe de Porteus. Au contraire dans l'Alzheimer les tests d'intelligence apparaissent déficitaires de façon massive et précoce, de même que les troubles instrumentaux et l'atteinte des fonctions symboliques.

Les Démences Secondaires présentent le double intérêt d'une lucidité mieux conservée et de possibilités plus riches en regard de l'arsenal thérapeutique.

La démence artériopathique est marquée par une labilité extrême de l'humeur et un comportement tout entier centré sur la personne du malade qui reste parfaitement indifférent aux problèmes de son entourage.

Lorsqu'il se suicide c'est à la suite d'une prise partielle de conscience du caractère péjoratif de son état. Il en est de même dans les formes dépressives de la Paralyse Générale qui pour être un diagnostic rare actuellement n'en est que plus facilement méconnu.

A ce propos Melle Saucet a rapporté dans les Annales un cas de suicide chez une malade atteinte de Paralyse Générale au stade démentiel chez qui la survenue d'un état dépressif authentique avait agi comme catalyseur électif des facultés intellectuelles, permettant dans un rare moment de lucidité la brusque survenue d'une vague affective la poussant à mourir.

Obs. : Mme S. 58 ans, entrée à la Colonie Familiale d'Aincy le Château présentant un tableau démentiel associant Tabes et Paralyse Générale traitée par malariathérapie ayant entraîné la négativation sérologique, l'évolution sur le plan intellectuel ayant cependant été stabilisée à un niveau assez bas, avec affaiblissement des diverses composantes mentales et vocabulaire réduit par des troubles aphasiques. Elle manifeste pourtant un certain intérêt pratique qui lui a valu son placement familial, accomplissant sans incident l'activité stéréotypée d'épluchage de légumes pour l'établissement. Contrastant avec cette détérioration existe une thymie dépressive en rapport avec une prise de conscience de son état de déchéance, comitiale de surcroît.

Elle s'est liée affectivement à un veuf d'âge et de capital intellectuel en rapport avec le sien qui lui demeure attaché.

Jusqu'en 1959, l'adaptation est bonne, mais un matin elle pose le problème d'un coma toxique complet chez une malade porteuse déjà par ailleurs d'importants signes neurologiques (Argyll Robertson et

ROT abolis), ses pupilles sont en myosis, tous ses réflexes sont abolis et l'haleine dégage une forte odeur d'alcool. Un tubage pratiqué ramène des grains de blé empoisonnés à la strychnine.

En quelques heures cependant un traitement symptomatique voit sortir la malade de son coma, avec une anxiété et des idées de mort réduites. La malade explique alors sa nette intention et sa volonté de mourir. Elle avait apporté du rhum dans lequel elle avait fait macérer des grains de blé empoisonnés l'alcool devant jouer un rôle de solvant et d'un mode de transition nirvanique.

Les raisons de son acte : parce que la vie était sans intérêt, qu'elle avait le sentiment d'être un déchet humain, une épave mentale.

Cependant assez rapidement elle reprit ses petites activités quotidiennes et se montrait plus déprimée.

Deux ans plus tard, elle est trouvée pendue à son lit, ayant minutieusement préparé son acte avec une extrême discrétion sans réveiller sa voisine de lit, avec une corde et des lambeaux d'étoffe.

L'exaltation de l'instinct de mort dans le cadre de cet état démentiel peut paraître surprenant par son côté rationnel. Son état dépressif n'étant ni délirant ni stuporeux et son acte semble avoir été déclenché par une poussée anxieuse paraissant réactionnelle.

C'est donc que persistait au milieu de son chaos une certaine conservation affective lui permettant de projeter une lueur douloureuse sur le constat de sa déchéance en opposition radicale avec des troubles profonds des fonctions les plus élémentaires.

C'est spécialement dans ces formes dépressives où le comportement emprunte des thèmes d'une incohérence absurde que risque d'être porté un diagnostic erroné et la prévoyance de faire défaut alors qu'il y a quelques lustres la constatation de l'expression dysarthrique et trémulante d'un sentiment d'incapacité ôt de ruine au contexte caricaturalement exagéré témoignant de la détérioration intellectuelle joint à la positivité du signe d'Argyll Robertson aurait imposé l'examen sérologique sanguin et rachidien et l'institution du traitement spécifique. En fait plus le patient est âgé plus la symptomatologie d'appel arrive à se niveler et à se rapprocher d'une banale psychose sénile, avec son habituelle adaptation au milieu d'encadrement.

L'alcool est un penchant fréquemment éprouvé par les personnes âgées, qui accélère leur déchéance intellectuelle, d'autant que sa tolérance diminue avec l'âge. Il s'agit là, plus d'une compensation occasionnelle au sentiment de rejet dont ils se sentent victimes que de la prolongation dans l'âge avancé d'habitudes d'intempérance, contractées dans une précédente jeunesse. Le vieillard boit habituellement parce qu'il s'ennuie, qu'il est seul ou qu'il ne trouve pas dans l'atmosphère de la collectivité qui l'entoure le remède nécessaire à la neutralisation de son angoisse. C'est le cas en particulier de l'immense majorité des pensionnaires d'hospices, ainsi qu'il est apparu au Colloque de Nantes en 1968 où près de 65 % des pensionnaires de ces établissements s'adonneraient au moins de façon occasionnelle à des excès de ce genre. Ce comportement s'inscrit dans la tendance naturelle de régression orale du sujet âgé, dont les satisfactions régressives en dépassant le pôle attractif du plaisir peuvent engendrer des conduites antisociales. Le suicide peut être alors l'aboutissement de deux mécanismes : soit exécuté sans préméditation dans le climat crépusculaire de l'accès confusionnel d'une ivresse aiguë, ou bien l'al-

coolisation est utilisée comme catalyseur facilitant le passage à l'acte en anihilant l'instinct de conservation.

Mais parfois des troubles organiques patents peuvent interférer en induisant biologiquement un état dépressif débouchant sur un acte suicidaire, telle la curieuse observation rapportée à la Société Médico Psychologique par Graux et Delahousse en Avril 68.

Il s'agit de Mr. L.M. 62 ans, qui a de longues années durant fait partie du personnel de l'Hôtel Crillon à Paris comme vaisselier et qui, du fait de cette profession "exposée" devient alcoolique chronique et développe une hypertension portale, entraînant une hémorragie digestive grave liée au développement d'importantes varices oesophagiennes. Une anastomose portocave terminolatérale est alors pratiquée en décembre 66, qui se révèle instantanément efficace. Trois mois plus tard, en mars 1967, il présente une désorientation temporo spatiale et un état dépressif à l'occasion duquel il tente de se suicider avec des lames de rasoir. Il présente alors un flapping tremor auquel s'ajoute un ralentissement intellectuel sur fond d'anxiété. Transféré dans un service de psychiatrie on porte le diagnostic de tentative de suicide au cours d'un raptus anxieux sans que le malade soit considéré comme un mélancolique. L'électroencéphalogramme montrait un tracé très altéré sans rythme de base constitué d'ondes lentes monomorphes généralisées, l'ammoniémie était élevée à 35 g/ml. Une semaine plus tard apparaissait un état confusionnel avec désorientation temporo-spatiale et intoxication par le mot.

L'état psychique s'améliore ensuite mais pendant un an sont encore observés à cinq reprises des états dépressifs s'accompagnant d'une hyperammoniémie avec dans l'intervalle des accès un état psychique satisfaisant.

Cette observation témoigne donc d'un exemple de tentative de suicide qui apparait différente dans son mécanisme du suicide classique de l'alcoolique sujet à une crise de Delirium Tremens et qui cherche à fuir les visions terrifiantes de son délire par les moyens les plus insensés. Il s'agit ici, au contraire, d'un geste effectué dans le cadre d'un état dépressif où l'imprégnation alcoolique n'a pas joué le rôle d'un facteur facilitant à court terme, mais au contraire où une anastomose portocave effectuée dans un but salvateur s'est compliquée d'une encéphalopathie avec flapping tremor hypertonie, et état confuso dépressif, confirmée par des altérations typiques de l'EEG et le stigmatisme biologique d'une hyperammoniémie recrudescente avec chaque accès dépressif.

L'Epileptique se rapproche de l'Alcoolique par le caractère à la fois impulsif de ses gestes et le climat crépusculaire dans lequel ils sont parfois effectués.

La fréquence suicidaire au cours de la maladie comitiale est diversement chiffrée par les auteurs : 5 à 10 % des cas pour Melle Lempérière et des Lauriers alors que pour Deshaies la réflexion sur l'idée serait plus fréquente que l'acte lui-même.

Quant aux moyens utilisés, l'arme thérapeutique des barbituriques offre là encore l'ambivalence de son double tranchant, à la fois facteur vital ou instrument de mort suivant que l'utilisateur l'emploie pour ou contre lui-même. Si l'exitus ne représente pas très souvent la fin habituelle, la récurrence survient dans plus de la moitié des cas pour Delay, Deniker et Barande, dans les 4/7 pour Batchelor.

M. L. Lottin a relevé dans sa thèse trois cas de suicides d'épileptiques âgés qui éclairent les différents mécanismes du passage à l'acte.

Elle cite l'exemple de Mme P.E. 64 ans, présentant depuis 6 ans des automatismes moteurs plus ou moins eupraxiques et inconscients avec EEG montrant une zone de souffrance irritative étendue temporale et temporofrontale droite.

La malade doit être expropriée; elle fait un état dépressif et avale deux tubes de Gardénal. Hospitalisée, elle ne pense qu'à recommencer et à mourir, accompagnant ses plaintes véhémentes de manifestations hystéroïdes.

Isolement, Equanil et traitement anticomitial ont permis une détente et la malade a pu rentrer chez elle.

Le second cas ne fait pas état de notion d'âge, mais celui-ci peut être approximativement déduit de l'observation relatée :

Mme CH. fait des crises comitiales depuis 1957, généralisées sur fond d'intoxication mixte alcoolotabagique (3 paquets/jour). Elle fait deux tentatives de suicide au cours d'un état d'agitation. Hospitalisée, elle tente un essai de strangulation avec son drap de lit. Elle présente des idées délirantes avec hallucinations visuelles (elle voit des personnes la battre) et auditives (entend des voix l'injurier), l'EEG montre des anomalies généralisées. Et l'amnésie post critique des faits est complète. A noter, pour situer son âge dans la chronologie, qu'elle avait fait en 1932 un état dépressif après 10 ans d'assuétude à l'héroïne.

Enfin le dernier cas concerne Monsieur E.S. 62 ans, épileptique de longue date puisque ses premières crises remontent à l'âge de 3 ans. Depuis il fait de nombreuses crises généralisées avec aura digestive et étrangeté très particulière. La prise quotidienne de 10 cg. de Gardénal et d'un Orténal provoque une diminution de la

fréquence des crises mais aussi une nette tendance dépressive, entraînant une première tentative en 1958 avec 40 comprimés de Sedantoinal. L'EEG révélait de nombreux risques typiques de comitialité maxima sur la région temporale droite avec tendance à se bilatéraliser. Mis à 6 glior et 3 Alepsal, il supprime le Glior et fait un nouvel état dépressif, pense qu'il ne guérira jamais, qu'il est une charge constante et inutile pour sa femme. Il se rend à la station de métro Plaisance et tente de s'électrocuter en se jetant sur les rails après le passage d'une rame. Hospitalisé, il se porte en salle plusieurs coups de couteau puis prétend ensuite envisager les comprimés ou le gaz puisque la mort n'a pas voulu de lui.

La relation de ces trois observations révèle les différents impératifs auxquels obéit le déterminisme suicidaire des épileptiques.

Le premier cas est un exemple de suicide conscient et mnésique survenant au cours d'un état dépressif n'ayant avec la maladie comitiale qu'un rapport de deuxième degré puisqu'engendré au premier abord par un événement extérieur, mais où le contexte pathologique joue certainement un rôle déterminant parmi d'autres facteurs, ne serait-ce qu'en majorant l'impulsivité du sujet et le caractère péjoratif de la situation sociale. C'est toute la personnalité de l'épileptique qui se profile en arrière plan.

La deuxième observation illustre l'exemple bien connu du suicide plus ou moins inconscient et amnésique, survenant non pas au cours d'un équivalent épileptique automatique ce qui est très rare, mais au cours d'un épisode psychotique hallucinatoire chez une déséquilibrée toxicomane.

Le troisième cas représente probablement la circonstance la plus fréquente et qu'on peut qualifier de situationnel - manifestation

impulsive de désespoir face à l'incurabilité de la maladie et à la permanence de la sujétion invalidante.

Suicide impulsif et conscient, suicide psychotique et inconscient enfin suicide réactionnel et longuement médité, tels sont en effet les principaux aspects du suicide épileptique qui n'offre avec l'âge avancé que la particularité d'une conscience plus profonde de l'asservissement conduisant à une plus rapide décompensation caractérielle, dépressive ou psychotique. Le recours à la toxicomanie, principalement alcoolique, destiné à la compensation ou l'oubli d'une situation vitale particulièrement frustrante, aboutit à la longue à fragiliser les défenses encore amoindries par le vieillissement, et à augmenter l'impulsivité favorisant le passage à l'acte, tout en abaissant le seuil de vigilance.

Le traitement lui-même peut être un facteur d'aggravation de l'état thymique car la prise régulière et souvent multiple de barbituriques finit par induire d'authentiques états dépressifs, alors que d'autre part sa suspension augmente le risque d'épisode psychotique et par là même de suicide.

Les réactions dépressives graves, allant jusqu'à la conséquence d'un suicide, sont habituellement considérées chez le Parkinsonien brady-psychique comme une réaction à l'encontre de sa maladie. Or certains auteurs estiment que 50 % des patients présentent dès le début de leur maladie des signes discrets de détérioration mentale se traduisant dans les faits par une baisse d'efficienne à leur travail ayant pour conséquence une réactivité particulière de l'humeur envers le vécu de leur maladie. La labilité thymique de tels sujets serait d'autant plus marquée que l'affection évolue depuis peu de temps alors que l'expérience pathologique à long terme aurait un effet plutôt adaptatif sur le comportement. En

fait, la survenue d'un état dépressif se situe au point de rencontre de l'atteinte strictement organique et de la personnalité prémorbide du patient ajoutant à l'expérience amoindrissante de la maladie, l'impact dévalorisant de la période de sénescence.

A l'opposé lorsque l'affection a atteint le stade d'une symptomatologie évoluée, la décompensation sur un mode dépressif peut être attribuée aux modifications organiques qu'entraîne l'extension diencéphalique des lésions anatomiques à la zone centrale de régulation thymique. On sait en effet reproduire expérimentalement des bouffées anxiodépressives par la stimulation du noyau latéro-ventral du thalamus et du pallidum.

Il semble cependant que dans le cas de la stricte psychogénèse d'un état dépressif avec réaction suicidaire chez un Parkinsonien le comportement doive s'améliorer parallèlement aux progrès thérapeutiques de la récupération fonctionnelle. Environ un tiers des malades atteints de maladie de Parkinson fait des états dépressifs et parmi ceux-ci environ la moitié se produit avant l'apparition de la symptomatologie objective organique. La tonalité dépressive de l'humeur semble à tel point faire partie du syndrome classique que Geerts va jusqu'à affirmer "qu'une euphorie prononcée chez un Parkinsonien doit être considérée comme un signe de détérioration mentale causée non pas par la maladie, mais par une démence sénile ou artériopathique concomitante".

Certains, dans une perspective d'abord psychosomatique de la maladie ont voulu expliquer des symptômes comme tremblement et hypertonie, par la persistance d'une tension émotive et l'apparition d'une agressivité qui, ne pouvant se réaliser dans l'action, s'exteriorise par une permanente disposition au geste, lequel n'étant pas suivi d'exécution est à l'origine de l'hypertonie, de l'akinésie et du tremblement.

Sur le plan analytique, si la détérioration des fonctions psychologiques organiques est un facteur d'aggravation des troubles dépressifs en ajoutant à l'auto-dévalorisation déjà existante la perte de structuration des fonctions instrumentales, avec la survenue d'un état démentiel on assiste à l'abrasement de la symptomatologie dépressive d'un moi incapable de se replier sur l'édification des défenses régressives du moindre narcissisme; une telle situation met l'individu hors d'atteinte des attaques extérieures et des frustrations intimes que nul refoulement contre pulsionnel n'a besoin de combattre. Le désinvestissement objectal est complet, mais comme aucune pulsion consciente n'émane plus d'une libido désincarnée, la dépression qui serait apparue à un stade de détérioration moins avancé fait ici l'économie d'aménagements défensifs, toujours susceptibles d'être débordés par une pulsion autodestructrice.

THERAPEUTIQUE ET PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES

---:---

SUJETS AGES

---:---:---:---:---

Les conduites suicidaires du sujet âgé relèvent du double registre médical individuel et collectif social.

En effet, si suicide n'égale pas dépression, et dépression n'est pas synonyme de suicide, il importe cependant devant toute suspicion d'intention ou de risque suicidaire d'apprécier la gravité d'un éventuel état dépressif contingent, ceci afin d'éliminer d'emblée une dépression mélancolique ayant pour impératif immédiat l'hospitalisation en milieu spécialisé. Cet acte autoagressif le postulant l'annonce rarement lui-même et ce d'autant moins que le désir de mort est ancré plus profondément.

C'est donc à l'entourage d'abord, au médecin ensuite de savoir suspecter cette menace, car même avec la mort pour finalité la conduite suicidaire conserve la signification d'un acte vital de communion avec autrui. Quelque soit le mécanisme psychologique déterminant, raptus anxieux, impulsion semi consciente ou conduite réfléchie et méditée, la tentative pose le triple problème du devenir du suicidant, d'une récurrence éventuelle et du diagnostic d'une affection psychiatrique possible.

L'interrogatoire du suicidant devra être mené patiemment, avec douceur, sans jamais brusquer le sujet, lequel vient de vivre non seulement l'expérience de la mort et de l'anéantissement de soi, mais a de plus enfreint un tabou social, accroissant ainsi sa culpabilité.

La première attitude se doit donc d'être rassurante et valorisante, tout en faisant préciser le moyen utilisé, mais qui chez le sujet âgé ne donne guère d'indication sur l'authenticité du désir de mort, ainsi que les raisons de son emploi : facilité d'exécution, réaction d'imitation ou d'identification. Le contexte circonstanciel sera précisé avec soin : conflit ou deuil familial, catastrophe sur le plan social, antécédents psychiatriques, affection somatique évolutive, hérédité psychologique, en essayant de replacer dans la chronologie biographique du sujet ses problèmes et difficultés antérieures.

Enfin il est capital de connaître la réaction du sujet face à son acte manqué. L'interprète-t-il comme une impulsion irréfléchie ayant parfois motivé un appel au secours après le passage à l'acte, ou bien au contraire s'agit-il d'un projet longuement médité et rationalisé ayant parfois donné lieu à un testament explicatif ?

D'autre part, est-il soulagé ou honteux de son acte, déçu ou désespéré de son échec, ou bien manifeste-t-il une certaine satisfaction du bénéfice éventuel tiré de son geste : survenue d'une aide matérielle ou retour d'une affectueuse sollicitude ?

On parvient ainsi au diagnostic du cadre dans lequel s'intègre le geste suicidaire, déterminant la conduite thérapeutique. Rarement chez le sujet âgé le contexte se limitera à un état pathologique nosographiquement défini.

Dépression mélancolique prostrée, au visage figé, aux commissures tombantes en proie à des idées de ruine et d'incurabilité angoissante dont la recherche obstinée et constante de la mort a la signification d'une délivrance.

Délirant chronique ou Schizophrène, aux tentatives impulsives pratiquées dans un climat d'insécurité anxieuse avec des moyens souvent étranges et des automutilations variées qui reflètent la discordance de l'état mental du sujet.

Epileptique dont le geste peut revêtir l'expression automatique inconsciente, caractéristique de la maladie mais qui, beaucoup plus souvent représente l'impulsivité caractérielle consciente, d'un sujet qui ne supporte plus son état invalidant.

Alcoolique qui se suicide au cours d'une ivresse inconsciente, ou d'un paroxysme dépressif, lorsque l'absorption du toxique n'arrive plus à combler son anxiété.

Enfin dément sénile au geste accidentel.

Tous ces sujets sont justiciables d'une hospitalisation protectrice la plus prompte possible avant que ne survienne une récurrence pouvant être fatale.

Le plus souvent on se trouve en face d'une crise existentielle, expression d'un état névrotique dont les défenses sont débordées, ou d'un état dépressif réactionnel, survenant au décours d'un événement pénible, dont l'impact affectif douloureux se trouve majoré par le déficit du potentiel intellectuel et organique de la sénescence ainsi que par les conditions de vie à la fois individuelles et sociales qui sont le lot du Troisième âge.

Sur le plan directement thérapeutique il convient de signaler l'extrême sensibilité des structures diencephaliques à l'action chimiothérapeutique antidépressive des Thymoanaleptiques à doses modérées.

De même, il convient de connaître l'action dépressive des médications hypotensives qui agissent alors sur un appareil vasculaire qui a perdu en grande partie ses potentiels régulateurs de la vasomotricité et est alors insuffisant à satisfaire une irrigation et une oxygénation adéquate. Il en est de même des diurétiques qui déterminent secondairement une déshydratation hypotensive. Il en est également ainsi pour les barbituriques ce qui amène à adopter certaines réserves dans le traitement des accidents comitiaux chez les sujets âgés.

D'une part le Gardénal prescrit à hautes doses de façon continue est susceptible d'induire des décompensations dépressives, et d'autre part l'arrêt du traitement antiépileptique augmente le risque de voir éclore un état psychotique confuso onirique mettant le sujet en danger par rapport à lui-même.

Par ailleurs, les antidépresseurs du type inipramine présentent l'inconvénient de faciliter l'éclosion des crises comitiales et demandent donc toujours à être administrés sous une couverture renforcée d'anti-convulsivants.

De même les substances neuroleptiques, phénothiazines et butyrophénones d'emploi justifiés dans les bouffées confusionnelles des démences, les états confuso-oniriques ou les poussées aiguës des délires chroniques voient leur seuil de tolérance abaissé par la période de sénescence et justifient une posologie inférieure du tiers environ, à celle employée chez l'adulte en pareille circonstance.

Les antiparkinsoniens seraient également à adjoindre de façon plus systématique qu'aux âges antérieurs de la vie.

Enfin la sismothérapie, bien que jouissant auprès du public comme de certains thérapeutes d'une réputation péjorative un peu injustifiée, est susceptible de rendre d'énormes services chez le vieillard qui supporte souvent mieux cette méthode qu'un traitement médicamenteux au long cours avec ses risques notamment vasculaires et ses effets secondaires souvent gênants. Son aspect mythologiquement barbare et brutal en fait trop souvent oublier les indications préférentielles notamment lors des syndromes mélancoliques involutifs.

Enfin dans tous les cas s'impose un bilan de sureté concernant les grandes fonctions végétatives de l'organisme, ainsi que la correction des troubles des fonctions organiques perturbées (réhydratation, tonicardiaques, analeptiques respiratoires, vitaminothérapie, anabolisant protidique).

Tout traitement, cependant, médicamenteux ou autre, ne s'attachant qu'au côté extérieur d'un symptôme pourra peut être effacer ce dernier mais n'aura pas en profondeur réconcilié le sujet avec son trouble profond, c'est dire que toute thérapeutique médicamenteuse ou physique doit s'appuyer sur un encadrement psychothérapique.

Cette psychothérapie, elle débute pratiquement dès le premier contact entre le patient et le thérapeute se doit d'installer dès le premier abord une attitude d'écoute bienveillante et confiante dans la relation médecin-malade.

Le médecin ressent au contact du sujet âgé l'angoisse suscitée d'une part par sa propre pulsion de mort, inconsciente et d'autre part face à l'anticipation de sa propre image future.

" Chez beaucoup de médecins, écrit Muller, on note un refus inconscient du malade sénile, comme si une confrontation avec la vieillesse à travers leur patient les gênait, empêchant la compréhension communicative en raison de tabous personnels chargés d'affectivité, déclenchant des mécanismes de refoulement massifs. "

La position du médecin, pour être la plus efficace possible, n'en est pas moins difficile. Si certains refusent délibérément la prise en charge de sujets âgés, c'est afin d'éviter l'angoisse de la confrontation avec l'idée de leur propre mort, même s'il couvre ce refus du prétexte de justifications secondaires. Pourtant le fait de se sentir concerné avec ses doutes et ses faiblesses, en écoutant le récit des tendances suicidaires d'autrui ne se trouve être que la justification de la valeur et de l'authenticité de son jugement; pour donner en effet à autrui des conseils utiles il importe d'avoir une conscience particulièrement lucide de ses problèmes personnels. A l'opposé, celui qui accepte une telle option peut également faire un choix névrotique par identification de son propre mode d'existence avec le vécu de déception de son patient dans une perspective de fuite du monde de l'adulte engagé dans l'action et là encore se fait jour la défense contre pulsionnelle.

Si le rejet est plus franchement avoué dans le premier cas, le second réagit par un contre transfert fantasmatique. Les difficultés déjà appréhendées devant l'archétype symbolique ne font que s'amplifier avec l'abord concret de la personnalité du sujet âgé.

En effet, inférieurisé par son âge, face à la jeunesse présumée du médecin, il va tenter de réagir sur un mode jalousement agressif et renverser le rapport de situation par le seul domaine de supériorité qui lui reste possible : la mise en valeur du nombre des années au nom desquelles il va essayer de réassumer vis à vis de l'interlocuteur, la position d'autorité du père. Ce qui peut avoir deux conséquences éventuelles : soit de le mettre en position de soumission passive soit de le faire réagir à son tour sur le mode agressif ; l'une et l'autre sont vouées à un échec thérapeutique.

Il importe donc que le médecin ait assumé sa propre image de la vieillesse qui fait écho aux positions affectives élaborées dans l'enfance au contact de ses grands parents puis projetées plus tard sur ses parents et qui conditionne son attitude inconsciente.

Une fois établie cette prise de conscience des réactions de son affectivité propre, l'attitude psychothérapique inaugure la relation thérapeutique par une écoute du patient bienveillante et confiante, dont l'essentiel réside plus dans la présence et la disponibilité d'esprit que dans les paroles valorisantes susceptibles d'être prononcées. D'emblée le thérapeute doit prendre conscience du mode d'être de son patient, de son vécu de perte et de ses possibilités de réalisation compensatrice en fonction de la rigidité défensive du moi et de la réactivité somatique hypocondriaque. Bien que certains auteurs voient dans l'affaiblissement des défenses inconscientes une plus grande facilité d'abord profond, l'indication d'une psychothérapie analytique est rarement posée en raison des difficultés que présente, à partir d'un certain âge, le bouleversement du système relationnel de l'individu, joint à la longueur du traitement et à son caractère onéreux.

Hollender déclare d'ailleurs :

" Quand une personne s'est tournée vers le passé et a développé des habitudes fixes de faire les choses, pour trouver des satisfactions narcissiques ou se protéger contre les blessures de l'estime de soi, on ne doit pas toucher à ses défenses sans être sûr de leur fournir des substituts adéquats " ;

en d'autres termes des défenses névrotiques structurées peuvent édifier un rempart plus solide contre la décompensation suicidaire que la remise à jour d'anciens conflits qui ne feraient

qu'ajouter leur déficit émotionnel à la réalité déjà frustrante des conditions de vie du troisième âge.

La relation doit viser à la tâche plus rapide et plus immédiate de colmater une faille dans le système de défense, en rassurant un vieillard anxieux, en le soutenant et en le dirigeant, sans pour cela adopter une attitude le maintenant dans une dépendance trop paternaliste, mais en lui faisant accepter les réalités de son âge sans exiger de lui trop d'efforts dont le bénéfice se situerait au delà de ses possibilités d'acquisition réelles. Cette action bénéfique d'une psychothérapie de soutien destinée à favoriser une meilleure adaptation se situe au delà de l'urgence suicidaire dont le risque primitif réclame l'appoint d'une chimiothérapie voire d'une hospitalisation et plus qu'un but curatif immédiat, poursuit une finalité préventive.

En fait la véritable prophylaxie du suicide rejoint les mesures d'hygiène mentale qui sont à l'étude pour les sujets âgés, au sein de la collectivité, dans une perspective sociothérapeutique.

De tous temps l'organisation d'une vie collective semble avoir voulu apporter un remède à la désadaptation psychosociale du vieillard, trop souvent génératrice de conduites suicidaires.

La première réponse de l'action sociale et qui demeure encore la principale sur le plan des réalités a été celle du placement en maison de retraite, en hospice et à l'hôpital psychiatrique, chacune de ces situations représentant un aspect un peu plus dégradé par rapport à la précédente.

Les maisons de retraite, en nombre très insuffisant, demandent par ailleurs une amélioration constante de leur équipement, et

notamment la disparition complète des salles communes au profit des chambres individuelles qui personnalisent le sujet en lui permettant souvent l'apport d'objets et de meubles personnels tout en lui laissant le loisir d'une certaine indépendance.

L'hospice garde au niveau de son recrutement le triste privilège de l'impécuniosité, mêlant pêle mêle les sujets valides aux grabataires et aux chroniques. L'insuffisance numérique générale du personnel de ces établissements n'en permet pas de plus tout l'aménagement psychologique désirable.

En fait si la Maison de Retraite est souvent d'obédience religieuse et l'Hospice reste dans le cadre d'une réponse laïque, le placement dans ces établissements est ressenti comme un rejet, un abandon, et une frustration des objets d'environnement habituels, préluant au franchissement de la dernière étape de la vie. D'ailleurs le sujet âgé n'y rentre souvent que contraint par la misère, l'isolement, la maladie, ou à tout le moins par le déclin de possibilités physiques à défaut de financières. Maison pour vivre a-t-on pu dire, mais aussi maison pour mourir, cette décision relève déjà de la mort volontaire car le sujet renonce sciemment à toutes les responsabilités qui lui ont créé une existence libre et indépendante pour se livrer au jour de la vie communautaire. D'ailleurs certains refusent d'assumer cette solution collective à leur angoisse existentielle et préfèrent devancer l'appel en mettant fin à leurs jours délibérément, tel M. B.P. 78 ans, cité par J.M. Ruet, célibataire, sans profession, de caractère renfermé et anxieux, brouillé avec sa famille depuis plusieurs années. Craignant d'être enfermé dans une maison de vieillards, où il devait rentrer quelques jours plus tard, quand il s'est suicidé le 20.11.65 dans le grenier de sa maison par pendaison avec une corde accrochée à une poutre.

A l'hospice même, les suicides sont rares et restent surtout le fait des grands handicapés ou des séniles tel M. D. Cl. 71 ans (cité par Ruet) retraité, célibataire, grabataire depuis un an, lorsque le 20.11.64 dans la nuit, il est découvert par le surveillant de la maison de retraite d'Al. sur S. pendu avec une ficelle assez forte, à la tête de son lit.

En général le vieillard à l'hospice ne tient pas à mourir, car il n'y est pas seul et l'angoisse d'une mort prochaine est tempérée par l'assurance d'un entourage protecteur susceptible de lui fournir les commodités et la sollicitude nécessaire pour combler sa demande affective. Par contre le recours toxicomane à l'alcool sert souvent de remède à l'angoisse de la mort, dans l'ennui d'une vie où il ne se passe plus rien, où le temps paraît éternellement figé dans un rituel de vie toujours identique. C'est le classique syndrome des buveurs du troisième âge qui s'inscrit dans la tendance orale régressive d'accession à des plaisirs toujours plus immédiats face à un avenir toujours plus frustrant.

Quant au placement du vieillard en Hôpital Psychiatrique il constitue le stade suprême de la désadaptation sociale et de l'aliénation contraignante, sans pour cela toujours relever d'indications psychiatriques précises. Souvent au contraire l'asile ne fait que pallier les déficiences d'aide sociale, incapable de garantir sous une autre forme, le minimum d'existence. Parfois mal tolérés à l'hospice ou en maison de retraite, en raison des soins physiques qu'ils demandent, ou de troubles du comportement épisodiques, l'exigence par le milieu collectif d'un comportement adapté provoque un internement qui pourrait et surtout ne devrait pas dépasser en durée le temps des soins nécessaires à la régression des troubles.

Mais souvent ce placement découle directement d'une solution économique du milieu familial, face aux difficultés et servitudes qu'entraîne le maintien à domicile de la personne âgée. La famille persuade le médecin du caractère insupportable de la situation, tout en faisant jouer à l'action de ce dernier le double rôle pratique de soulager leur égoïsme et moral de se donner bonne conscience en se déchargeant de leur culpabilité sur l'acceptation médiatrice de celui-ci.

Or, issu d'une collectivité d'accueil, ou de la cellule familiale, le vieillard même peu déficitaire, a toutes chances de voir ainsi se refermer les portes d'une claustration définitive. Cette possibilité devient une certitude si la disparition de l'entourage en a fait un isolé dont les troubles du comportement trouvent alors dans la légalité un exutoire naturel de rejet. Comme le note Leconte :

" Un vieillard veuf, sans descendants, sans collatéraux, a bien peu de chances de sortir de l'Hôpital Psychiatrique, s'il guérit des troubles psychiques plus souvent aigus qu'on ne le croit qui le font interner. "

Ces anciennes structures qui représentent encore l'essentiel des réalisations en place fournissent à la solitude et au désinvestissement une réponse favorisant la régression apathique et inactive en se contentant de perpétrer une existence sans tenter d'en entretenir l'élan vital. Ce mode d'assistance répond aux frustrations, en appauvrissant encore les possibilités d'investissement, et en fournissant au sujet âgé la preuve supplémentaire d'une conception obligatoirement régressive de son dernier tiers d'existence. Une société se doit de garantir à ses ressortissants âgés un crépuscule de vie plus heureux pour les prévenir des décompensations tragiques.

La Commission française d'étude des problèmes de la vieillesse a établi en 1963 le rapport Laroque jetant les premières bases organisées d'une politique d'action sociale en faveur des personnes âgées, portant sur le double plan de l'action à domicile et de l'hébergement en collectivité. Toutes les enquêtes ont en effet prouvé que tant que le sujet conserve une validité suffisante, il convenait de ne pas le priver de son ancien mode domiciliaire d'existence parmi les objets de son cadre familial et d'orienter les efforts vers l'aplanissement des trois principaux obstacles pouvant s'opposer à une telle solution :

- le caractère insuffisant des ressources financières,
- les mauvaises conditions de santé physique ou mentale,
- et l'impossibilité d'assurer en personne les soins indispensables au maintien d'un intérieur décent et des besoins nutritifs quotidiens essentiels.

Les mesures d'aide devront donc porter sur :

- l'allocation d'une aide sociale en espèces aidant le vieillard aux ressources insuffisantes à acquitter le montant de son loyer, en l'absence de laquelle il serait obligé de quitter son foyer,
- la possibilité de recourir à une aide ménagère à domicile mais dont le problème du personnel reste encore aléatoire et a fait suggérer la création de services collectifs de remplacement qui demeurent encore à développer,
- enfin la création d'une assistance sanitaire à domicile susceptible de subvenir tant aux soins essentiels qu'à la présence temporaire d'une garde malade.

Ceci afin d'éviter le double écueil d'une hospitalisation toujours néfaste à cet âge et de l'inutile alourdissement de dépenses budgétaires déjà très limitées dans leurs possibilités.

Mais il arrive que le maintien dans l'ancien logement ne soit pas possible du fait de l'inadéquation de ses caractéristiques (étage élevé, absence de confort, loyer par trop exorbitant d'un appartement trop vaste), et se pose le problème du relogement.

La Commission Laroque a proposé à ce sujet que 5 % des logements neufs soient alloués aux personnes âgées. Or une des caractéristiques essentielles du psychisme sénescant est l'attachement égoïste aux objets habitant le cadre d'un univers qui ne cesse de rétrécir et chaque perte d'une fixation objectale est autant de défense disparue pour lutter contre l'angoisse.

Le problème est donc de savoir anticiper la prévoyance d'un déménagement avant la cessation complète d'engagement actif dans la vie de façon à éviter la survenue d'un traumatisme trop brutal dans l'âge avancé. C'est ainsi qu'a été préconisée la formule des logements foyers, conception intermédiaire entre le logement individuel et la maison de retraite, possédant les caractéristiques requises d'une habitation indépendante, assorties des commodités de prestations collectives assurant les services indispensables. Si en France la réalisation d'un tel programme se limite encore aux initiatives locales des élus municipaux de quelques grandes métropoles essentiellement Bordeaux et Lyon, les pays étrangers offrent un développement plus grand de leur programme d'action. Montréal a réservé dans chacun de ses quartiers un immeuble aux besoins locatifs de ses vieillards. A Amsterdam, La Haye et dans les Pays Nordiques, s'est répandue la formule des cités vieillesse,

mais dont l'implantation en périphérie urbaine a l'inconvénient de séparer souvent définitivement les habitants de leur cadre de vie passée et de leur ancien entourage. Aux U.S.A. l'Association Américaine de Santé Publique a créé les "Residential Homes, Old Age Hostels and Cooperative Clubs", au cadre institutionnel sans rapport avec les structures classiques d'hébergement collectif. En Suisse, ce genre de réalisation est souvent soumis à une direction d'obédience religieuse (Bâle, Zurich) respectant une situation centrale par rapport au reste de la ville, et un rapport constant avec les structures soignantes hospitalières.

Si en France le programme des réalisations reste inférieur aux efforts entrepris à l'étranger, notamment dans les pays scandinaves, la responsabilité doit en être partiellement attribuée au préjugé des Français naturellement individualistes, contre les solutions collectives, mais il est un domaine que la Commission Laroque n'a pas suffisamment considéré, c'est celui du traitement spécialisé des vieillards déficitaires en milieu hospitalier. Là encore le recours à l'hôpital présente l'inconvénient majeur de désinsérer le sujet âgé de son cadre de vie habituel. Chaque fois que les conditions le permettent, on tentera d'avoir recours aux seuls soins ambulatoires. Si le placement en service hospitalier s'avère néanmoins nécessaire, sa durée devra être limitée au strict temps nécessaire de façon à permettre dans les plus brefs délais un retour au domicile antérieur, en utilisant si nécessaire le recours thérapeutique d'institutions extra hospitalières, type hôpital de jour tel qu'il fonctionne dans le XIII^e arrondissement de Paris, où le vieillard vient passer la journée et regagne son domicile le soir. Cet organisme assure le traitement ambulatoire des malades, tout en les laissant insérés dans leur milieu de vie habituel, il joue un rôle sociothérapique occupationnel de lutte contre l'isolement et assure la post cure

d'un séjour hospitalier tout en permettant d'abrégé la durée de ce dernier.

A côté de ces centres de traitement se sont développés des centres de jour pour personnes âgées, les "clubs de l'âge d'or" organisant l'occupation des loisirs de leurs membres, lorsque ceux-ci ne peuvent sans inconvénient rester seuls chez eux pendant la journée. Leur organisation se veut sans dirigisme aucun, désirant seulement créer une ambiance favorable à la meilleure adaptation du passe-temps de chacun (lecture, réunions, jeux de cartes, émissions radiotélévisées) tout en maintenant un certain degré d'intégration à une communauté sociale.

Enfin le rapport Laroque étudiant les conditions de maintien du sujet âgé à l'intérieur du milieu familial, ce qui à l'évidence simplifie pour lui bien des problèmes, mais crée en même temps de nombreuses difficultés, note que sur 100 personnes âgées de plus de 60 ans, 24 habitent avec leurs enfants, proportion moyenne, qui passe à 42 % en milieu rural pour s'abaisser à 17 % en ville. Cette différence est en partie due aux plus grandes possibilités d'entraide communautaire à la campagne où le milieu familial subit des mutations plus lentes et moins profondes, et où l'habitat a gardé une superficie lui permettant d'abriter sans gêne ni heurts, des éléments de génération différente. Par ailleurs la multiple décomposition des tâches paysannes leur permet de garder aisément un semblant d'activité utile au bien de la communauté, dans un contexte de vie qu'ils ont toujours connu. Dans les ensembles urbains le problème est différent : les difficultés de logement et le caractère exigü de ce dernier ont souvent contraint la famille à limiter son potentiel numérique au chiffre de deux générations : parents et enfants. Dès lors on réagit avec irritation à la présence de l'aïeul d'autant que la retraite a fait disparaître sa fonction

sociale productive. Son travail lui conférait une valorisation permanente qui était peu à peu devenue sa raison de vivre, son identité sociale, et ce d'autant plus que les investissements collatéraux étaient négligés. Dès lors cette retraite vécue comme un deuil, et nous avons vu qu'il pouvait pousser à la mort certains à la recherche de l'objet perdu, deux possibilités s'offrent à celui qui a perdu une place économique lui conférant autrefois autorité : l'agression ou la régression. L'une et l'autre sont teintées d'anxiété, qui va colorer leurs plaintes ou leurs revendications, visant à embellir le récit d'un passé heureux par le seul fait qu'il n'est plus et dont la rétrospective permanente sert à la fois d'agent sécurisant et de vecteur agressif dirigé contre la génération montante considérée sous un jour menaçant. Radotage compulsif ou sensiblerie hypocondriaque sont la marque au niveau du discours immédiat, d'un comportement de faiblesse, mais n'évitent pas querelles et tensions qu'entraîne la contrainte d'une vie commune de tous les instants. Aussi beaucoup de couples âgés préfèrent-ils la solution d'un logement indépendant dans le même immeuble que leurs enfants ou à proximité, évitant ainsi la dysharmonie irascible d'une trop grande promiscuité.

Par contre lorsque l'un des conjoints meurt (généralement l'époux dans l'ordre chronologique de la longévité) celui qui reste seul réintègre souvent le foyer des enfants. Et paradoxalement le vieillard qui n'a plus sa place dans les familles unies la retrouve tout naturellement dans les ménages brisés par la séparation ou le divorce des conjoints.

Tout ceci amène à penser qu'un brusque changement de rythme de vie, amenant à la perte brutale d'un modèle d'identification dont l'intensité frustrante ne peut être sublimée peut par la dynamique de l'introjection se retourner contre le sujet lui-même et l'amener à

un geste désespéré. C'est pourquoi à l'heure où l'abaissement de l'âge de la retraite suscite des controverses passionnées, basées sur la productivité des entreprises, les facteurs d'usure de l'organisme et l'obtention d'un taux monétaire d'allocation le plus élevé pour un âge le plus bas possible, il convient de rappeler que d'après une statistique récente 1/4 seulement des retraités se fait de cette retraite une idée agréable, alors que pour tous les travailleurs d'âge moyen, l'approche en est perçue de façon positive, ce qui compte c'est donc moins l'acceptation heureuse de profiter d'un temps de loisir, pleinement libéré que la prise de conscience d'une incapacité à la valorisation occupationnelle du travail et au rôle social qu'il permettait d'assumer.

La fraction approbative est celle de ceux pour qui le travail n'a pas été perçu comme une source de satisfaction, qui l'ont considéré comme une punition, une exploitation des humbles par les possédants, ou une cause d'usure et d'épuisement au seul profit du patronat.

C'est aussi le cas de ceux dont l'apprentissage a été imposé par manque de goût pour un métier quelconque, et qui a entraîné passivité par manque d'ambition, indifférence pour la tâche quotidienne et le sens de son accomplissement.

Ce peut être encore le cas de sujets persévérants dans une attitude infantile, et refusant de s'affirmer en tant qu'adulte autonome, cherchant des satisfactions latérales, seules compensations à leur insatisfaction fondamentale.

Mais le rôle laborieux profondément investi aux dépens du reste c'est aussi le lot de ceux qui s'interdisent ou se sentent incapables d'assumer dans leur vie affective l'accomplissement d'un désir

libidinal, et le réprime pour le projeter ensuite à titre de sur-investissement expressif comme mode de satisfaction inconsciente de ses pulsions.

Mais il est certain que ne pas investir dans son travail, vécu sur un mode symbolique phallique, c'est certainement mieux en supporter les frustrations. C'est à cet effet, pour permettre à certains de surmonter le choc de l'adaptation à une inactivité brutale, qu'ont été créés des centres de préparation à la retraite en Grande Bretagne, aux U.S.A., en Scandinavie et en France, destinés à organiser la prévention de cette période critique, au sein même de l'entreprise de travail, sous forme de conférences sur l'occupation des loisirs, les relations sociales, etc.

Le problème se pose également de la réadaptation professionnelle des retraités valides, dans des emplois conformes aux disponibilités de l'âge, offrant un travail souvent à temps partiel d'exécution stable, c'est à dire qui ne nécessite pas un effort permanent d'adaptation à une cadence, travail d'habitude, qui permette d'être effectué sur la répétition de l'acquis et en même temps qui ne diffère pas trop d'une tâche qui pourrait être confiée à un adulte. En fait l'essor de ces activités paraprofessionnelles qui valoriseraient le sujet âgé tant à ses propres yeux qu'à la considération de l'entourage, tout en prolongeant la frange de sa vie active, est freiné par les employeurs qui jugent l'impact péjoratif des déficiences de l'âge trop marqué, sur les qualités d'adaptation et d'exécution des tâches, pour permettre un recyclage fructueux.

En fait c'est tout au long de la vie au sein du milieu socio culturel où l'on a vécu que se prépare les activités qui viendront combler tout naturellement la place laissée vide par les heures laborieuses.

" La retraite, écrit Eck, c'est l'âge où l'on peut enfin prendre son temps, c'est l'âge où la main se tend vers le livre aimé déjà lu, plutôt que vers celui qu'il faut avoir lu pour être dans le vent; c'est choisir, ne plus être obligé, c'est l'âge de la mi-course dépassée. "

En résumé la prévention des décompensations suicidaires des personnes âgées est fonction de nombreux facteurs parmi lesquels, le niveau culturel, l'état de santé physique, le statut économique et enfin le contexte socioaffectif se situent parmi les meilleurs gages d'adaptation convenable à une période de vie qui représente la dernière transition. Une société se doit donc de doter ses ressortissants âgés des moyens d'exister dans leur cadre antérieur habituel en fournissant à chacun l'appoint des ressources nécessaires à son statut personnel, c'est-à-dire en lui permettant de projeter dans toute la mesure du possible les conditions antérieures de sa vie d'adulte dans le cadre de la phase suivante de leur existence.

CONCLUSIONS

Journal of Management Education 30(6)p.789-803

Le vieillissement, comme la mort, est une constante de l'homme. Si on dénombre beaucoup plus de gens âgés actuellement qu'il y a un demi siècle, la différence ne porte que sur le nombre, la durée de vie dans l'absolu n'a pas reculé ses frontières.

Par ailleurs, comme le rappelle Minkowski,

" La longévité excessive ne fait pas partie de nos aspirations profondes, les idées d'immortalité font partie du syndrome de Cotard qui est un syndrome dépressif. "

Le vieillissement se situe donc de façon naturelle dans le déroulement normal d'une vie, mais à mesure que ses espérances s'accroissent au niveau individuel, la vieillesse se dévalorise en se généralisant, le retrait professionnel du sujet commence paradoxalement plus tôt, et cette mise à la retraite anticipée contribue à l'écart du cycle de la vie active alors que se sont accrues les années qui lui restent à vivre. Ce retrait imposé, joint aux profondes transformations de ses possibilités physiques et intellectuelles ne peut qu'entraîner un vécu de déception, au sein d'une communauté sociale doublement hostile au reflet futur qu'il lui offre d'elle-même, et à la charge économique supplémentaire qu'entraîne sa non productivité.

" La science médicale, écrit Gilbert Robin, a découvert le vieillard, c'est une de ses dernières inventions. Comme il n'en finit pas de vieillir il faut compter avec lui. Il ne meurt plus, les médecins le prolongent et quoi qu'il fasse de bon, il n'intéresse pas la jeunesse ..."

Dans la mesure où l'homme s'assimile à son travail dans la société actuelle, la perte de ce statut actif entraîne une blessure narcissique profonde, non seulement en débouchant sur la conscience directe de son inutilité sociale, mais en favorisant par la régression de son pouvoir économique le remplacement de sa position antérieure d'autorité familiale par celle de simple membre souvent mal toléré.

Chez la femme, bien que la physiologie apporte à la chronologie de l'âge une démarcation plus brutale entre période adulte et troisième âge, l'adaptation au vieillissement est plus facilement acceptée, en vertu probable d'un rôle économique et financier moins assumé donc moins investi affectivement.

Face au déclin de l'âge, les statistiques apparaissent éloquentes: environ 30 % des suicidés actuels ont dépassé la soixantaine, avec une nette prédominance du suicide masculin sur son homologue du sexe opposé, dans la proportion du simple au double, alors que la longévité féminine est nettement supérieure (d'environ 5 ans) à celle de l'homme. Est également remarquable le relativement faible nombre de tentatives recueillies dans les services d'hôpitaux par rapport à celui déclaré par les institutions médico-légales. Il en ressort donc une très nette prédominance du suicide réussi sur la tentative inachevée. Les moyens utilisés sont d'ailleurs d'emploi généralement radical (pendaison, noyade, arme à feu), et l'intention suicidaire rarement exprimée a priori, ce qui est un argument en faveur de l'authenticité du désir de mort.

D'après les différents auteurs, une faible proportion de cas se rapporte à une affection mentale caractérisée. Il s'agit essentiellement de troubles psychotiques qui se sont déclarés pour la

première fois à la faveur de l'âge avancé : rarement suicide pseudo-rationnel d'un état délirant à thème persécutif ou préjudiciel, au sens expiatoire ou protestataire, souvent suicide de situation d'un sujet en état de rémission thérapeutique qui prend conscience de l'inéluctable amoindrissement de ses possibilités, enfin relative fréquence des états dépressifs involutifs à tonalité mélancolique où la décompensation suicidaire est à redouter dans plus du tiers des cas.

Par contre l'âge avancé semble apporter une amélioration bénéfique aux troubles antérieurement constatés, peut être par l'action conjuguée de la détérioration induisant une plus grande apathie et une moindre sthénicité symptomatique, et de la régression dans une dépendance plus marquée à l'égard du milieu. Toujours est-il que la maniaco-dépressive voit la fréquence de ses accès s'estomper, compensée d'ailleurs par une plus longue durée de chacun d'entre eux, que les états psychotiques voient s'abraser leurs manifestations permettant ainsi une meilleure adaptation à la vie sociale communautaire.

Mais lorsque l'impact de la sénescence surprend des vieillards déjà porteurs d'une affection physique invalidante, cette nouvelle diminution de leur potentiel vital est souvent l'occasion d'une recrudescence décompensatrice de leurs troubles en fragilisant à nouveau un équilibre si difficilement acquis. C'est le cas chez l'épileptique, où le suicide peut alors survenir non pas tant dans le cadre d'un automatisme comitial ou d'un épisode psychotique paroxystique mais dans la perspective consciente et réfléchie d'un surcroît d'infériorité chez une personnalité déjà très marquée par une affection invalidante, dont le traitement barbiturique à haute dose fragilise le psychisme dans un sens dépressif. Le problème est comparable chez le Parkinsonien, qui

constate l'aggravation progressive de son handicap fonctionnel et dont l'extension possible des lésions anatomiques à la région diencéphalique peut de surcroît agir directement sur la fonction thymique.

Les Psychoses séniles offrent paradoxalement une image extérieure moins tourmentée, malgré de courts moments d'une labilité émotionnelle paroxystique sans proportionnalité apparente avec l'agent supposé causal : on assiste là à une liquidation du moi, de ses défenses comme de ses frustrations, puisque concevoir un vécu de perte serait absurde dans un monde anobjectal. Souvent confus et désorienté, le vieillard sénilisé à l'extrême voit ses gestes apparemment suicidaires prendre le masque d'une inconscience accidentelle.

La signification ne peut avoir une intentionalité réellement autolytique que dans les démences à formes artériopathiques où le déficit des fonctions supérieures est au début partiellement électif, ou dans les formes dépressives de la Paralyse Générale.

Le problème des névroses d'involution doit faire distinguer celles qui, constituées dans l'enfance, restent latentes pendant la vie d'adulte et ne se font jour qu'à la faveur de la décompensation liée au vieillissement. Ce sont des névroses de décompensation qui peuvent donner lieu à des impulsions suicidaires.

Les autres sont l'aboutissement de traits névrotiques dont la structuration ne s'organise en névrose constituée qu'à l'occasion du traumatisme de la sénescence et qui représente un mode d'organisation défensif contre la réactivation de l'angoisse : ce sont des névroses de structuration. La ritualisation du mode d'existence se référant à un constant rappel du passé exprime déjà une défense à l'égard de l'angoisse et l'irruption d'une décompensation suicide.

daire est le témoin d'un dépassement des mécanismes défensifs par le débordement anxieux.

En fait le suicide du vieillard est loin de pouvoir entièrement être rapporté à cette dimension psychopathologique ou à la diminution des aptitudes intellectuelles cognitives. L'origine du suicide est réactionnelle au déclin des aptitudes physiques et intellectuelles et non réductible à ce déclin même.

La disparition volontaire du sujet âgé vient essentiellement de sa double position, individuelle, dans la chronologie d'une vie qui s'achève, et sociale, parmi une collectivité où il ne trouve plus sa place.

Il est lié à la conscience de l'angoisse que fait naître la venue de l'âge avancé, entraînant isolement affectif et dévalorisation existentielle. Sujet à des infirmités physiques, désinséré de l'activité sociale par sa mise à la retraite, ce qui entraîne des complications budgétaires et des difficultés à se situer par rapport aux plus jeunes toujours actifs et producteurs, il réagit souvent par des conduites inadaptées qui marquent un refus de la régression et de l'angoisse que crée l'existence à chaque instant d'une vie qui assume d'autant plus mal son déclin qu'elle aura été l'objet de nombreuses désillusions.

La motivation suicidaire, qu'elle revête la forme active d'une expression gestuelle impulsive ou qu'elle adopte le faux semblant d'une conduite anorexique ou d'un abandon au gâtisme, apparaît comme un acte de libération d'une situation jugée pénible, douloureuse et surtout non modifiable. Elle a la valeur d'une réponse résignée face au pessimisme profond de l'existence. Si chez les gens mariés le taux de suicide n'offre pas dans les deux sexes de diffé-

rence fondamentale et reste à un niveau assez bas, la disparition d'un des conjoints est souvent vécue comme catastrophique. Le passage au veuvage induit des comportements très divers. Si l'homme apparaît sensible à la perte de l'épouse au point de voir la proportion de suicides devenir triple de ce qu'elle est pour son homologue féminin, chez les femmes devenues veuves le taux s'élève à peine de 20 %, ce qui témoigne d'une meilleure adaptation de la femme à supporter les frustrations du vieillissement et de la solitude. Le taux de suicide apparaît donc lié au degré d'intégration dans les différents groupes sociaux.

L'influence d'une obédience religieuse, dont la vieillesse réactive souvent les interdits, joue souvent un rôle non négligeable dans le respect de l'accomplissement de la vie et de sa transcendance.

Sur le plan médical individuel, il faut souligner l'extrême sensibilité du psychisme sénescant à l'action des thérapeutiques classiques antidépressives, qui peuvent juguler des tendances suicidaires d'autant plus menaçantes qu'elles sont souvent méconnues, ou injustement intégrées comme normales par l'inconscient collectif.

Sur le plan psychothérapique, la prise en charge ne s'avère possible et efficace que si le thérapeute a assumé ses problèmes d'identification personnelle, permettant au sujet de récupérer au niveau social une image rassurante le protégeant de sa culpabilité ou de sa révolte, en se contentant d'une psychothérapie de soutien qui n'engage pas les mêmes remaniements profonds qu'une cure analytique et que la fragilité de structuration du moi n'autorise d'ailleurs pas à cet âge.

Les mesures thérapeutiques collectives qui s'étaient longtemps limitées au placement en hôpital psychiatrique de vieillards détériorés, confus, ou simplement nécessiteux, mais gênants sur le plan de la collectivité sociale ou familiale, ont vu sous l'effet de la poussée démographique, naître un programme de mesures économiques visant non plus à aliéner davantage un sujet qui trouve déjà difficilement sa place dans le monde d'aujourd'hui, mais au contraire destinées à protéger ses investissements socio-affectifs antérieurs en lui permettant de continuer à exister dans son ancien cadre de vie.

L'organisation d'une prise en charge médico-sociale à domicile, la création de foyers, d'hôpitaux de jour et de clubs de vieillards sont destinés à le sortir de son isolement, tout en ne le désinsérant pas de ses anciennes fixations, garant du maintien de l'équilibre de son psychisme.

Le suicide du vieillard apparaît donc essentiellement comme une conséquence de sa relation avec les autres, qui ne lui offrent que rejet et incompréhension. Son geste apparaît situé dans une perspective non pas psychiatrique ou sociologique mais sociale induisant un aspect phénoménologique, car il offre le paradoxe de n'être pas un malade mental tout en étant aliéné.

Ecarté d'un monde, aux normes de conditionnement duquel il ne répond plus, on lui assigne un mode d'existence passif, conforme à l'image de l'inconscient collectif dans une communauté minoritaire aux structures ségrégatives souvent plus coercitives que thérapeutiques.

Les tentatives actuellement nombreuses d'amélioration du contexte institutionnel destinées à l'accroissement du bien être des per-

sonnes âgées en organisant leur existence a priori reposent en fait sur une demande sociale qui reste une forme élaborée d'aliénation.

Il n'en demeure pas moins que c'est au niveau de l'action sociale que doit s'exercer surtout l'effort d'intégration à part entière des sujets âgés au sein de la collectivité, puisque le processus même du vieillissement est irréversible et que par là même sont inéluctables les frustrations qui en découlent.

Parallèlement au développement d'une politique dite de secteur, englobant organismes de soins et de prévention dans une visée à long terme, il faudrait détruire le mythe culturel du vieillard et de ses rapports sociaux, en ne le confinant pas dans l'acceptation résignée d'un mode de vie marginal qui ne peut qu'être source de déceptions, mais au contraire essayer de l'adapter à une société plus tolérante, en sachant l'influence essentielle que peut exercer sur son mode d'être et de réagir la manière dont il est accepté et considéré.

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen,

M. le Professeur J. CAMBIER

M. le Professeur J. BAUMANN

VU, le Recteur,

M. MALLET

6. d'ALMEIDA B. -

Instruments de thérapeutique institutionnelle dans les établissements pour personnes âgées.

Information Psychiatrique 1969,
vol. 45 N° 5 p. 519-526.

7. ARNIOU M., BERGE R. et collab. -

La vieillesse. Problème d'aujourd'hui 1961.

8. BALIER C. -

Les différentes formes de prise en charge et d'aide pour les personnes âgées dans le 13ème arrondissement.

Vie sociale et traitements 1967,
N° 61 p. 9-10.

9. BALIER C. -

L'intervention du psychiatre en gériatrie.
Revue française de gériatrie, Juin 1965,
p. 99-104.

10. BALIER C. -

Les états névrotiques chez les personnes âgées.
Gazette Médicale de France, Juin 1968
p. 3415-3420.

11. BALIER C. -

Hygiène mentale du troisième âge.
Encyclopédie médico-chirurgicale 1970.

12. BALIER C. -

Vie collective et vieillissement.
Confrontations Psychiatriques N° 5, 1970
p. 189-208.

13. BALVET P. -

Note en vue d'une étude sur la personnalité du psychiatre de vieillards.

Information Psychiatrique
p. 467-472.

14. BARUK H. -

La gériatrie psychiatrique.
Information Psychiatrique 1958,
N° 4 4ème série p. 245-257.

15. BASTIDE R. -

Sociologie des malades mentaux.
Flammarion 1965.

16. BATCHELOR et NAPIER -

Attempted suicide in old age.
British Medical Journal 1953,
p. 1186-1190.

17. BEREZIN M. -

Normal psychology of the aging process. 1963
p. 93-117.

18. BENOIT J.C. -

Aspect psychothérapique du traitement des malades suicidaires hospitalisés.
Semaine des Hôpitaux N° 70, 1968.

19. BERNARD P. -

La relation avec les vieillards placés à l'hôpital psychiatrique.
Vie sociale et traitements 1968,
N° 69, p. 6.

20. BERNICE L. -
La satisfaction de vivre : une mesure de la santé
mentale dans la vieillesse.
21. BINET L. et BOURLIERE F. -
Précis de Gériologie.
Masson 1955.
22. BIZE R. -
Le Troisième Age.
Denoël 1970.
23. BLANC M., BOURGEOIS M., HERY P. -
La tentative de suicide. Aspects actuels.
Ann. med. psycho. 1966,
p. 554-560.
24. BOURLIERE F. -
Progrès en Gériologie.
Masson 1968.
25. BOURLIERE F. -
Vieillesse et vieillissement.
Gazette des Hôpitaux 1967,
N° 4, p. 153-160.
26. BUISSON J.J. -
A propos de quelques problèmes du vieillissement.
Thèse Paris 1961.
27. CALVI L. -
Réflexions phénoménologiques sur la mort intentionnelle.
Evolution psychiatrique 1965,
T. 3, fasc. 1 p. 85-90.

28. CARRIE J. -

Etude sur les modes de décès du vieillard à l'hospice.
Thèse Clermont-Ferrand 1956.

29. CASTETS B., LEFORT R. -

Les états dépressifs séniles. Etude clinique et thérapeutique.
Concours médical 1962,
p. 4795-4798.

30. CAZABON S. -

La tentative de suicide. Etude statistique et psychologique.
Thèse médecine Bordeaux 1964.

31. CHATAGNON P.A. -

Les problèmes posés par l'assistance aux personnes âgées.
Information psychiatrique 1961,
p. 595-608.

32. CHATAGNON P.A. -

La politique de la vieillesse.
Information psychiatrique 1962,
p. 569-586.

33. CHATAGNON P.A. -

Le travailleur intellectuel au troisième âge.
Ann. med. Psycho. 1962,
p. 386-394.

34. CHATAGNON P.A. -

Hygiène mentale 1962,
T. 52 p. 66-69 et 70-79.

35. CHATAGNON P.A. -

Une incidence de la retraite forcée : l'autothanasie.
Annales médicopsychologiques 1960,
T. 2 p. 891-905.

36. CIOMPI L. -

Suicide and suicide attempt in old age.
Clinique psychiatrique universitaire de Lausanne.
vol. 86, N° 4 p. 260-262.

37. CIOMPI L. -

Suicide et tentative de suicide dans la vieillesse.
Revue médicale de Suisse Romande avril 1966,
p. 260-262.

38. CIOMPI L. -

Le vieillissement des hystériques.
Encéphale 1966.

39. CIOMPI L. -

Evolution des maladies mentales préexistantes sous
l'influence de la vieillesse.
Confrontations psychiatriques 1970.

40. CIOMPI L. et LAI G.P. -

Dépression et vieillesse.
Bern. 1969.

41. CLEMENT F. -

Un inventaire d'intérêts pour personnes âgées.
Elaboration et résultats.
Revue de psychologie appliquée 1962
vol. 12, p. 1-14.

42. COR J. -

Tentative de suicide et alcoolisme chronique.
Thèse Paris 1956.

43. COURCHET -

Le suicide.
Evolution psychiatrique 1955.

44. CRESSARD P. -

Motivations de la tentative d'autolyse à propos de
230 malades admis au C.H.R. d'Orléans.
Thèse Médecine Paris 1970.

45. DA SILVA G. -

Considérations sur le vieillissement et la psychothérapie
des personnes âgées.
Laval médical 1966,
37, N° 1 p. 109-207.

46. DA SILVA G. -

Considérations psychodynamiques sur le vieillissement.
Symposium gérontologie. Université Montréal 1966.
Un. Med. Can. 1967,
p. 570-577.

47. DAUMEZON G. -

Les états dépressifs aigus chez les vieillards.
Recherches sur les maladies mentales 1961
p. 9-32.

48. DEDIEU-ANGLADE G. -

Les névroses d'involution.
Thèse Paris 1961.

49. DEDIEU-ANGLADE G. -

Introduction aux problèmes psychiatriques de l'involution.

Entretiens Psychiatriques 1969,
p. 153-192.

50. DEDIEU-ANGLADE G. -

Psychiatrie gériatologique.

Revue Française Gériatologie, Juin 1963,
p. 9 - 189.

51. DEDIEU-ANGLADE G. -

Malades hospitalisés en milieu psychiatrique pour la 3ème fois au cours du troisième âge.

Information psychiatrique 1969,
vol. 45 N° 5 p. 487-512.

52. DEDIEU-ANGLADE G. -

Psychothérapie au cours du troisième âge.

Confrontations psychiatriques 1970.

53. DE LA PERRIERE N. -

Attitude des pensionnaires à l'égard de leur vie dans un hospice.

Revue française gériatologie jan. fév. 1968.

54. DELMAS Achille -

Psychologie pathologique du suicide.

F. Alcan 1932.

55. DESHAIES G. -

Psychologie du suicide.

P.U.F. 1947.

56. DESHAIES G. -

Les mécanismes psychologiques du suicide.

Vie médicale N° 48 p. 43-49.

57. DESTREM H. -

A la conquête du troisième âge ou les secrets de la longévité.

Gallimard - Paris 1958.

58. DESTREM H. -

La vie après cinquante ans.

Le Centurion - Paris 1956.

59. DURKHEIM -

Le suicide - Etude de sociologie.

F. Alcan - Paris 1897.

60. ECK M. -

La cinquantaine.

Editions universitaires 1959.

61. ECK M. -

Vieillesse et vieillissement.

Esprit 63.

62. EY H. -

Le suicide pathologique.

Etudes psychiatriques N° 14

p. 341-378.

63. EY H., BERNARD P., BRISSET Ch. -

Manuel de Psychiatrie.

Paris 1963.

64. FAURE A. -

Névrose d'échec à 50 ans.
Praxis Genève 1960.

65. FOLLIN S. -

Séméiologie des états dépressifs.
Revue du Praticien 1963,
p. 2987-2998.

66. FOUKS et collab. -

Thérapeutiques médicamenteuses dans les maladies psychiatriques du vieillard.
Revue de Gériatologie 1964,
vol. 10 N° 3 p. 233-237.

67. FOURNIER S. -

Contribution à l'étude écologique du suicide :
Influence des facteurs de milieux.
Thèse médecine Lyon 1956.

68. FREUD S. -

Deuil et Mélancolie 1915.

69. GALLOT H.M. et SOUBRIER J.P. -

Les suicides et l'infirmierie psychiatrique.
Ann. med. leg. 45 1965
p. 72-75.

70. GARDNER E.A., BAHN A.K. and MACK M. -

Depression and suicide in the aging.
Bethesda, Maryland, U.S.A.

71. GEERTS J. -

Aspects psychiatriques de la maladie de Parkinson,
Mémoire pour le titre d'assistant étranger.
Paris 1965.

72. GILLON J.J. -

L'âge et l'emploi.
Concours médical 1968,
p. 99-105.

73. GORCEIX A. et ZIMBACCA N. -

Etudes sur le suicide.
Masson 1968.

74. GOUREVINCH M. et KOUPERNIK C. -

Vers une suicidologie.
Concours médical avril 1969,
p. 3051-3057.

75. GRAUX P., ARNOTT A., CHEVAT M., DELAHOUSSE J. -

Tentative de suicide conditionnée par une encéphalo-
pathie portocave.
Société médico-psychologique.
Revue Neurol. 1 , 1968
p. 731-734.

76. GROTJAHN M. -

Psychothérapie analytique des gens âgés.
La psychanalyse P.U.F 1956.

77. GUILLERME J. -

La longévité.
Collection : Que sais-je ? P.U.F. 1957
128 p.

78. HALBWACHS B. -

Les causes du suicide.

Alcan Paris 1930.

79. HANUS M. -

Les deuils pathologiques.

Confrontation psychiatrique 1970.

80. HELD R. -

Dépression à expression somatique.

Revue du Praticien 1963

3001-3008.

81. HICKMAN J.W. -

Attempted suicide in the aged.

vol. 58 N° 10 p. 1138-1140.

82. HUET J.A. -

La créativité au cours du troisième âge.

Hygiène mentale mars-avril 1965,

p. 39-48.

83. HUS P.G. -

Les thérapeutiques psychiatriques en gériatrie.

Vie Sociale et traitement.

84. IZARD J. -

Les conduites suicidaires.

Entretiens psychiatriques 1969,

N° 14 p. 131-158.

85. IZARD M.J. -

Les conduites suicidaires.

Essai de psychopathologie d'après 350 cas.

Thèse médecine Toulouse 1965.

86. JUNOD J.P. -

Les thérapeutiques en psychogériatrie.
Médecine et hygiène 1964,
vol. 22 p. 413-414.

87. KIRBOE E. -

Suicide et tentative de suicide chez les sujets âgés.
Journal gérontologie juillet 1951,
p. 233-236.

88. KORZEMNIORSKI -

Sur l'étiologie et la pathologie des psychoses dites
involutives.
Ann. med. psychologie 1964,
T. 1 N° 4 p. 595-598.

89. KOUPERNIK C. -

Essai d'une psychopathologie de la sénescence.
Concours médical 1968,
p. 69-79.

90. LACHAND J.C. -

La tentative de suicide par intoxication : Etude clinique
et psychodynamique.
Thèse médecine Lyon 1960.

91. LAI G. -

L'évolution psychodynamique des patients déprimés dans la
sénescence.
Evolution psychiatrique jan. mars 1968,
p. 113-137.

92. des LAURIERS A. -

Le risque de suicide chez les déprimés.
Revue du praticien oct. 1963,
3055-3060.

93. LECONTE M. -

Le sociodiagnostic en géronto-psychiatrie.
Ann. med. psycho. 1963,
p. 391-426.

94. LEMPERIERE Th. et des LAURIERS A. -

Le risque de suicide dans les psychoses.
Revue du praticien déc. 1962,
3253-3267.

95. LEMPERIERE Th. -

Dépressions psychogènes, dépressions réactionnelles,
dépressions d'épuisement, dépressions névrotiques.
Revue du praticien 1963,
p. 3011-3031.

96. LOISELLE E. -

La tentative de suicide, à propos de 111 observations
recueillies dans un service de médecine générale
d'hôpital de 2ème catégorie.
Thèse Paris 1963.

97. LOTTIN M.H. -

Contributions à l'étude du suicide chez les épileptiques.
Thèse médecine Paris 1967.

98. LOUBLIE G. -

Les troubles de la cinquantaine chez l'homme.
Concours médical 1961,
vol. 83, p. 1535-1540.

99. MARCHAND et de AJURIAGUERRA J. -

Du suicide chez les épileptiques.
Presse médicale avril 1941,
p. 407.

100. MARTENS G. -

Les tentatives de suicide (23 cas)
Thèse Paris 1962.

101. MARTIN M. -

La mélancolie d'involution.
Entretiens psychiatriques 1963.

102. MATHE A. -

Le suicide des vieillards.
Vie médicale mai 1967,
p. 91-98.

103. MATHE A. et AGATHON M. -

De l'accomodation au vieillissement.
Revue française de sociologie 1962,
p. 432-437.

104. MATHE R. et QUIDU M. -

Isolement et réaction suicidaire.
Congrès de psychiatrie et neurologie de langue
française. Marseille 1964,
p. 456-459.

105. MAURIAC F. -

Nouveaux mémoires intérieurs.
Flammarion 1965.

106. MENDEL G. -

Fatigue, dépression nerveuse et suicides inconscients.
Rev. med. psychosomatique psychol. 9 1967.

107. MENOTTI F. -

Les troubles psychopathiques et leur relation avec la
sénescence.
Diss. Lausanne 1964.

108. MEYNARD L. -
Le suicide. P.U.F. 1966.
109. MICHAUX L. -
Les aspects psychiatriques de la douleur somatique.
Coll. de médecine 1963.
110. MIDENET M. -
Particularités des états dépressifs observées chez les
vieillards séjournant en Maison de Retraite.
Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française.
Bruxelles sept. 1969,
p. 453-456.
111. MIEDZYRZECKI J. -
Les fonctions suicidaires : essai d'analyse à propos
de 100 observations d'intoxication volontaire.
Thèse Toulouse 1966.
112. MINKORSKI E. -
Aspects psychologiques de la vieillesse.
Evolution psychiatrique 1951,
p. 49-72.
113. MOINET A. -
Le suicide de grand abandon.
Thèse Paris 1965.
114. MONIER A. -
Considérations sur le suicide dans le Département de la
Seine.
Thèse médecine Paris 1961.
115. MULLER Ch. -
Manuel de Gériatopsychiatrie MASSON 1969.

116. MULLER Ch. -

Le problème de l'interférence des troubles de la sénescence avec les psychoses préexistantes.

Encéphale 1970,

p. 87-89.

117. MULLER Ch. -

Influence de l'âge sur les maladies mentales préexistantes.

Schw. med. Wescher.

p. 1001-1005.

118. NICK J., MOINET A., des LAURIERS A., GUILLARD -

Le suicide d'abandon.

Ann. med. psycho. 1966,

T. 2 p. 5-17.

119. OULES J. -

Les névroses du troisième âge.

Confrontations psychiatriques 1970.

120. PACAUD S. -

Influence conjuguée de l'âge et du niveau d'instruction sur le déclin des fonctions psychologiques et psychophysiologiques.

Hygiène mentale 1965,

N° 2 vol. 54 p. 49-70.

121. PANNIER S., DELAPORTE P., DEDOISEAU M., LACERT Ph.,
GROSSIORD -

Suicide et paraplégie.

Sem. Hôp. 46 1970,

p. 436-441.

122. PEQUIGNOT H. et collab. -

Problèmes de gérontopsychiatrie dans un service de
médecine générale.

Concours médical N° 23 1969,
p. 4911-4914.

123. PEQUIGNOT H. et collab. -

Le médecin et les vieillards.

Concours médical N° 1,
p. 55-56.

124. PHILIBERT M. -

L'essor de la gérontologie sociale aux Etats Unis.

Edit. de Grenoble mars 1968.

125. PICHOT P. -

Nosologie des états dépressifs.

Acta psychosomatica 1963

(documenta Gergy).

126. PIROZINSKI et collab. -

Observations sur le comportement antisocial des per-
sonnes âgées atteintes de troubles psychiques.

Ann. med. psycho. 1968,

T. 1 p. 231-238.

127. POITRENAUD J. -

Contributions à l'étude des modifications des aptitudes
cognitives humaines pendant la période d'involution.

Thèse doctorat 3ème cycle 1971

Université René Descartes Paris.

128. POSTEL J. et collab. -

La prévention des défaillances psychiques du vieillard.

Ann. Med. psycho. 1961,

T. 2 p. 833.

129. QUIDU M. -

Signification de la conduite suicidaire.
Cahiers d'Henri Rousselle N° 1 1965.

130. QUIDU M. -

Le suicide.
Masson 1970.

131. RANVOIZE C. -

Le suicide en milieu rural dans la Sarthe.
Thèse Médecine, Tours 1964.

132. RAYMONDIS L., SCHEKTMAN S., MORON P. -

Etude de 98 tentatives de suicide.
Ann. med. leg. 45 - 1965
p. 60-67.

133. RAYMONDIS et collab. -

Une enquête psycho-sociale sur les tentatives de
suicide et son exploitation statistique. 1965
Annales médico-psychologiques
p. 563-608.

134. REBOUL H. -

Vieillesse et approche de la mort.
Information psychiatrique 1970
vol. 46 N° 7 p. 611-680.

135. RINGEL E. -

La prévention du suicide, un problème mondial.
Hygiène mentale N° 3 1966.

136. ROBINS -

American public health. 1969.

137. RONDEPIERRE J.J. -
Psychoses dépressives chez les gens âgés.
Revue du praticien 1963
T. 13 Fasc. 25 p. 3045-3054.
138. ROSSELA E. -
La tentative de suicide chez les déments séniles
et artérioscléreux.
Folia psychiatrica 1961 p. 77-86.
139. ROUBAKINE -
Problèmes de la vieillesse et des vieux en U.R.S.S.
Concours Médical 1968
N° 1 pp. 89-96.
140. RUETTE J.M. -
Contribution à l'étude du suicide d'après une série
de 125 dossiers d'enquêtes judiciaires.
Thèse médecine, Lyon 1966.
141. SAUCET -
Un cas de suicide d'une paralysie générale.
Annales médico-psychologiques, février 1962
1-2 p. 356-359.
142. SCHNEIDER P.B. -
La tentative de suicide.
Delachaux et Niestlé - 1954.
143. SIGWALD J. -
Traitement des dépressions névrotiques.
Vie médicale 1962 - Noël.

144. SMIRNOFF W.N. -

Psychologie du vieillissement et pratique médicale.
Gazette médicale de France 1957 vol. 64
p. 1199-1200.

145. SOUBRIER J.P. -

Aspects psychiatriques de l'intoxication aiguë
volontaire.
Thèse Paris 1965.

146. STEINBERG -

Soins médicaux et réhabilitation des personnes âgées.
Concours médical 1968 N° 1 p. 81-86.

147. STENGEL E. -

Suicide and attempted suicide.
Pellican books 1964.

148. STERN E. -

Vieillir.
A la Baconière, Neufchatel.

149. SWENSON W.M. -

Attitudes toward death in aged population.
Journal Gérontologie 1961, vol. 16 p. 49-52.

150. VANUXEM R. -

Suicides et tentatives de suicides médicamenteux,
Bilan des six dernières années (1959 à 1964) dans un
service de médecine générale d'hôpital de 2ème caté-
gorie (hôpital de Charleville).
Thèse Lille 1965 84 p.

151. VEDRINNE J. -

L'intoxication aiguë volontaire.

Masson, Paris 126 p. 1965.

152. VEDRINNE J., ROCHE L. -

L'intoxication aiguë volontaire. Données statistiques
d'après une série de mille cas de l'assistance clinique
auprès du suicidant.

Rev. Hyg. Med. Soc. 15 1967 p. 355-371.

153. VIGNALOU J., BOUCHON J.P. -

L'andropause existe-t-elle ?

Revue du praticien 1965 T. 15 N° 15

p. 2065-2070.

154. VIGNAT J.P. -

Le vieillard, l'hospice et la mort.

Masson 1970.

155. VILLA J.L. -

Prévention et assistance des troubles psychiques chez
le vieillard.

Conf. psychia. 1970.

156. VISCHER A. -

La vieillesse - Destinée et accomplissement 1959.

157. WAGNER F.F. -

Suicide prevention and social clubs.

Intern. J. Soc. Psychiat. 11 1965 p. 116-119.

158. WOLF-KURT -

Geriatric psychiatry 1963.

159. Cahiers Laennec - Décembre 1966 -
Le suicide.
160. I F O P 1961 -
Les personnes âgées et l'opinion en France.
Sondages 3 et 4 1962.
161. Maroc médical 1964 -
Tentative de suicide par intoxication.
vol. 43 p. 449-451.
162. O M S 1969 Genève -
La prévention du suicide.
1 vol. 90 p.
163. Revue Esprit numéro spécial - mai 1963 -
Vieillesse et vieillissement.
164. Revue Internationale des Sciences Sociales
N° spécial de UNESCO N° 3, 1963 -
Le troisième âge.
-

